

NOTE D'INFORMATION SUR LE SEGMENT THÉMATIQUE

Dépistage et VIH

Table des matières

RESUME	3
CONTEXTE	6
La situation mondiale.....	6
LACUNES ET DEFIS	7
Lacunes dans les tests de dépistage du VIH	7
Populations clés	7
Femmes et personnes enceintes et allaitantes	8
Nourrissons et enfants.....	9
Adolescents et jeunes	9
Hommes.....	9
Populations autochtones	10
Autres populations prioritaires	10
Lacunes dans le dépistage des personnes vivant avec le VIH	11
Test de charge virale.....	11
Test CD4.....	13
Autres tests	14
Intégration des diagnostics.....	14
Défis.....	15
Environnement juridique et normes sociales	15
SOLUTIONS.....	18
Dépistage du VIH	18
<i>Populations clés</i>	18
<i>Nourrissons et enfants, y compris le diagnostic précoce du nourrisson</i>	20
<i>Hommes</i>	20
<i>Adolescents et jeunes</i>	21
<i>Populations autochtones</i>	22
<i>Femmes enceintes et allaitantes et élimination du sida chez les enfants</i>	23
<i>Autres populations et considérations générales</i>	23
Prévention pour les personnes vivant avec le VIH.....	25
Éléments favorables	27
LA VOIE A SUIVRE	30
Recommandations.....	30

Résumé

1. Les services de dépistage du VIH sont la porte d'entrée vers la prévention, le traitement, les soins et les autres services de soutien. Cette note d'information pour la 53e réunion du Conseil de Coordination du Programme traite du dépistage et du diagnostic du VIH en relation avec le suivi du traitement et l'identification des comorbidités (par exemple, la tuberculose et la méningite cryptococcique), des infections sexuellement transmissibles, de l'hépatite virale et des maladies non transmissibles.
2. La note identifie les lacunes actuelles dans la réalisation du premier des objectifs 95-95-95 de la cascade de traitement,¹ ainsi que les lacunes dans l'accès à la charge virale, à la numération des CD4 et à d'autres tests recommandés pour les personnes vivant avec le VIH, exposées au risque de le contracter ou affectées par celui-ci. Ces personnes comprennent les populations clés,ⁱ les femmes et personnes enceintes et allaitantes,ⁱⁱ les nourrissons et les enfants, les adolescents et les jeunes, les hommes et d'autres populations, telles que les populations autochtones et migrantes, les orphelins, les enfants des rues, les personnes âgées, les populations migrantes et autres populations mobiles, ainsi que les populations en situation d'urgence et dans des contextes humanitaires.
3. Les défis qui constituent des obstacles à la prestation de services de dépistage et de suivi sont examinés. Il s'agit notamment des défis suivants :
 - les environnements juridiques et politiques (tels que les lois criminalisant la transmission ou la non-divulgence du VIH, et les politiques et lois concernant l'âge du consentement au dépistage du VIH et le dépistage obligatoire) ;
 - les normes sociales (telles que la stigmatisation et la discrimination) ; et
 - les contraintes et les lacunes des systèmes de santé (comme l'interdiction faite aux prestataires non professionnels formés d'effectuer des tests de diagnostic rapide, la dépendance des pays à forte demande à l'égard de l'importation de produits de test, et les problèmes de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement).
4. Le rôle important des organisations communautaires dans la promotion et la mise en œuvre des services de dépistage et de suivi du VIH est souligné, ainsi que les défis qui limitent leur contribution à la riposte au VIH. Ces défis comprennent l'absence de statut juridique, la non-reconnaissance de la valeur de la fourniture de services par la communauté, l'absence de mécanismes de financement de ces organisations,

ⁱ « Les populations clés ou les populations clés à plus haut risque sont les groupes de personnes ayant le plus de risques d'être exposées au VIH ou de le transmettre, et dont l'engagement est crucial pour une action efficace contre le VIH. Dans tous les pays, les populations clés incluent les personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des contextes, les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les personnes qui s'injectent des drogues et les professionnel(le)s du sexe et leurs clients courent un risque plus élevé d'exposition au VIH que les autres groupes. Cependant, chaque pays définit les populations spécifiques qui sont au cœur de son épidémie et de sa riposte, en fonction du contexte épidémiologique et social. [...] Le terme "populations clés" est également utilisé par certaines organisations pour désigner des populations autres que les quatre énumérées ci-dessus. Par exemple, les prisonniers et autres personnes incarcérées sont également particulièrement vulnérables au VIH ; ils manquent souvent d'un accès adéquat aux services, et certaines organisations peuvent les considérer comme une population clé. » Voir : Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026.

ⁱⁱ Tout au long de ce guide, le terme « femmes et personnes enceintes » est utilisé pour désigner les femmes enceintes et les personnes transgenres et de diverses identités de genre qui peuvent tomber enceintes. Alors que la majorité des personnes qui sont ou peuvent tomber enceintes sont des femmes cisgenres (qui sont nées et s'identifient comme des femmes), ce guide tient également compte des expériences des hommes transgenres et d'autres personnes de diverses identités de genre qui peuvent avoir la capacité de procréer et de tomber enceintes.

l'absence de méthodes normalisées pour mesurer leur contribution au dépistage et au suivi du VIH, ainsi que le manque de fonds.

5. S'appuyant sur l'expérience des pays, la note d'information met en lumière des modèles et des approches permettant de combler les lacunes et d'améliorer le dépistage et le suivi du VIH. Ces approches comprennent la décentralisation des services de dépistage du VIH, des approches différenciées et multidimensionnelles (y compris des services intégrés et axés sur les personnes, au niveau de la communauté et des établissements), l'autodiagnostic du VIH (dans les établissements ou au sein de la communauté), un investissement plus important dans les ripostes communautaires au sida, des approches fondées sur les réseaux sociaux, l'autorisation pour les prestataires non professionnels formés d'effectuer des tests de diagnostic rapide, et des actions de sensibilisation et d'information menées par les pairs afin d'accroître la demande de tests de dépistage du VIH et de suivre l'évolution de la maladie. L'importance de l'assurance qualité pour le dépistage du VIH et le rôle des systèmes de laboratoires publics pour améliorer le financement et la durabilité du dépistage du VIH sont également soulignés.
6. Toutes les parties prenantes de la riposte au VIH sont encouragées à contribuer à la création et au maintien d'un environnement favorable et à optimiser la portée de services de dépistage du VIH durables et de qualité. Cela peut se faire par le biais d'une série d'activités :
 - Mise en œuvre des dernières orientations techniques de l'Organisation mondiale de la Santé en matière de dépistage afin d'éviter les erreurs de diagnostic, notamment en appliquant la norme de la stratégie mondiale de dépistage, à savoir trois tests VIH en série, un nouveau test avant l'instauration d'une thérapie antirétrovirale, l'utilisation de tests VIH préqualifiés par l'Organisation mondiale de la Santé et la mise en place de systèmes de gestion de la qualité.
 - Plaidoyer en faveur de la mise en œuvre et de l'application des lois antidiscriminatoires, et faire en sorte que les lois et politiques relatives à l'âge du consentement servent au mieux les intérêts des adolescents qui ont besoin de services de dépistage du VIH.
 - Créer un cadre politique et réglementaire favorable à la formation, au fonctionnement, au financement et à l'engagement des organisations de la société civile dans la fourniture de tests de dépistage du VIH, y compris l'autodiagnostic.
 - Mobiliser des ressources pour soutenir le renforcement des capacités et l'engagement des organisations communautaires dans la prestation de services.
 - Renforcer le diagnostic précoce du nourrisson au point de service dans le cadre de l'éradication du sida pédiatrique.
 - Soutenir la poursuite de l'extension des tests de charge virale et la poursuite de la recherche scientifique et des messages sur le thème « indétectable = intransmissible », conformément aux lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santéⁱⁱⁱ, afin d'inciter les personnes vivant avec le VIH à se soumettre régulièrement à des tests et à suivre un traitement ininterrompu, y compris les dernières données scientifiques montrant qu'une personne dont la charge virale est indétectable n'a aucun risque de transmettre le VIH à d'autres personnes par voie sexuelle.
 - Élargir l'accès au test de numération des CD4, qui permet d'identifier les personnes atteintes d'une maladie à VIH à un stade avancé, et soutenir un ensemble complet de services pour les maladies à VIH à un stade avancé, y compris le dépistage et le

ⁱⁱⁱ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055179>

traitement des coïnfections courantes telles que la tuberculose et la méningite cryptococcique.

- Examiner les options de l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce^{iv} pour améliorer l'accès à des produits de dépistage abordables et pour améliorer l'efficacité du système et la durabilité des services liés au VIH, y compris le dépistage du VIH.
 - Améliorer la qualité des services de dépistage, notamment par le biais de programmes tels que « Renforcer la gestion des laboratoires en vue de l'accréditation » et « Renforcer le processus d'amélioration de la qualité des laboratoires en vue de l'accréditation ».
 - Encourager les efforts d'intégration des diagnostics, le cas échéant, afin de rationaliser les tests portant sur plusieurs infections, telles que le VIH, l'hépatite, la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles et la COVID-19.
 - Encourager la recherche et l'innovation afin de mettre à disposition des technologies de pointe plus abordables et nécessitant moins d'entretien.
 - Fournir des services de dépistage du VIH conformes aux « 5 C » essentiels de l'Organisation mondiale de la Santé : consentement, confidentialité, conseil, résultats corrects du test et connexion/lien avec la prévention, les soins et le traitement.
7. Des recommandations sont formulées pour améliorer encore la situation, notamment pour le programme commun, les États membres, la société civile et les organisations communautaires, les donateurs, les partenaires multilatéraux et le secteur privé.

^{iv} L'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce comprend plusieurs « flexibilités » que les signataires peuvent utiliser pour protéger la santé publique, comme le souligne la déclaration de Doha de 2001. Voir : https://www.wto.org/french/thewto_f/minist_f/min01_f/mindecl_trips_f.htm.

Contexte

8. Le Conseil de Coordination du Programme (CCP), lors de sa 51e réunion en décembre 2022, est convenu que le segment thématique de la 53e réunion porterait sur le dépistage et le VIH. La présente note fournit des informations de base pour cette discussion thématique, qui portera sur les questions prioritaires relatives au dépistage du VIH et au dépistage des personnes vivant avec le VIH, le cas échéant, y compris le suivi du traitement.
9. La Déclaration politique sur le VIH/sida de 2021 : Mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030,² et la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités, mettre fin au sida,¹ exigent que, dans tous les pays, d'ici 2025, 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; 95 % des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique aient entamé un traitement ; et 95 % des personnes sous traitement bénéficient d'une suppression virale. C'est ce que l'on appelle les « objectifs 95-95-95 ».

La situation mondiale

10. Les services de dépistage du VIH sont la porte d'entrée vers la prévention, le traitement, les soins et les autres services de soutien. Certains pays sont sur le point d'atteindre ou ont atteint le premier objectif de 95 %, ³ mais beaucoup ont encore des difficultés et des lacunes pour des populations spécifiques, et il y a une pénurie de données sur le dépistage du VIH, en particulier pour les populations clés.⁴ Il y a aussi des occasions manquées de mettre les personnes en contact avec des services appropriés et efficaces de prévention, de traitement, de soins et d'autres services de soutien.
11. En 2022, environ 39 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde, dont 1,5 million [1,2 million - 2,1 millions] étaient des enfants (0-14 ans).⁵ En 2022, 86 % [73-

Bref historique des technologies de dépistage du VIH

- Depuis 1985, date à laquelle le premier test sanguin commercial de dépistage du VIH a été approuvé par la Food and Drug Administration des États-Unis, des efforts constants ont été déployés pour rendre le test plus rapide, plus accessible et plus précis. Les premiers tests de dépistage du VIH ont été effectués en laboratoire. Des échantillons de sang ont été envoyés à des laboratoires et les résultats ont été renvoyés aux personnes, souvent plusieurs semaines plus tard.
- Les tests de diagnostic rapide ont entraîné des changements majeurs. Les **tests rapides** sont disponibles depuis plus de dix ans et constituent désormais la méthode la plus couramment utilisée pour le dépistage du VIH. Ces tests peuvent être réalisés en dehors des laboratoires et les résultats peuvent être fournis rapidement aux personnes, souvent en moins de 30 minutes, ce qui les rend idéaux pour les tests effectués dans les centres de soins de santé primaires et dans les communautés. Les agents de santé communautaires et les prestataires non professionnels peuvent effectuer des tests rapides (avec un minimum de compétences définies par le programme national) à partir d'échantillons de sang prélevés par piqûre au doigt ou de liquide buccal. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a préqualifié six tests rapides de dépistage du VIH, dont cinq à base de sang et un à base de liquide buccal. D'autres autotests sont en cours de préparation.
- Les **autotests de dépistage du VIH**, que de nombreuses personnes trouvent utiles et pratiques, sont de plus en plus disponibles et largement utilisés. Près de 100 pays ont adopté des politiques nationales en faveur de l'autodiagnostic du VIH et au moins 92 d'entre eux ont enregistré des produits. Trente autres pays sont en train d'élaborer des politiques. En 2022, 17 millions d'autotests ont été utilisés au total, un chiffre qui devrait augmenter.
- L'infection à VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants de moins de 18 mois ne peut être détectée qu'à l'aide d'un test d'acide nucléique, car les anticorps maternels contre le VIH sont transmis par le placenta in utero et restent détectables chez les nourrissons jusqu'à l'âge de 18 mois. Les anticorps maternels contre le VIH sont également transmis aux nourrissons par l'allaitement.
- Tous les services de dépistage du VIH doivent être fournis conformément aux « 5 C » essentiels de l'OMS :

98 %] de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut.⁵ Seuls 63 % des enfants vivant avec le VIH (ou leurs parents/soignants) connaissaient leur statut (ou celui de leur enfant).⁶

12. On estime que 76 % [65-89 %] des personnes vivant avec le VIH en 2022 bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale (TAR) et que 71 % [60-83 %] avaient une charge virale supprimée.⁵ Les progrès pour les enfants ont été plus lents : seulement 57 % [44-78 %] de tous les enfants vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral en 2022, et seulement 46 % [36-63 %] avaient une charge virale supprimée.⁶
13. Pour atteindre le deuxième objectif 95-95-95, qui se concentre sur l'accès au traitement antirétroviral, environ 3,5 millions de personnes supplémentaires vivant avec le VIH doivent connaître leur statut sérologique et commencer un traitement.⁶ Il est essentiel de se concentrer sur l'augmentation du dépistage du VIH parmi les personnes exposées au risque d'infection à VIH, en particulier les personnes laissées pour compte.
14. Une approche neutre du point de vue du statut VIH^v au dépistage du VIH devrait être utilisée pour se concentrer sur les personnes exposées au risque d'infection à VIH. Pour les personnes qui connaissent leur statut sérologique, l'approche devrait inclure des conseils post-test en temps opportun, avec un lien vers des interventions de prévention, de soins et de traitement, y compris des programmes de prévention combinée. Ces derniers comprennent les préservatifs, la prophylaxie pré-exposition contre le VIH (PrEP), la prophylaxie post-exposition (PEP), la circoncision masculine médicale volontaire, la réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues, le TARV, le dépistage et le traitement de la tuberculose, les services axés sur les infections sexuellement transmissibles (IST), la santé mentale et d'autres services de soutien. Il faut également reconnaître que certaines personnes qui se présentent pour un dépistage du VIH ont déjà été testées séropositives, mais n'ont peut-être pas été mises en contact avec un traitement antirétroviral ou se sont désintéressées des soins. C'est l'occasion de les réintégrer dans les services de prise en charge du VIH.
15. La réalisation des objectifs en matière de dépistage du VIH, de recherche de cas, de couverture par les traitements antirétroviraux et de suppression virale nécessitera des approches multisectorielles, pluridimensionnelles et intégrées. Les pouvoirs publics, les communautés et le secteur privé ont tous un rôle à jouer pour maximiser la portée et l'utilisation du dépistage du VIH et pour assurer un lien durable avec les services de prise en charge du VIH et d'autres services.

Lacunes et défis

Lacunes dans les tests de dépistage du VIH

Populations clés

16. Les membres des populations clés (c'est-à-dire les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les personnes transgenres et les personnes qui s'injectent des drogues, selon la définition de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026) sont touchés de manière

^v Une approche neutre du point de vue du statut est une approche de la prévention et des soins du VIH centrée sur la personne, qui met l'accent sur des soins de haute qualité afin d'engager et de retenir les personnes dans les services, que ceux-ci soient destinés au traitement ou à la prévention du VIH. Une approche neutre du point de vue du statut répond en permanence aux besoins en matière de soins de santé et de services sociaux de toutes les personnes touchées par le VIH, afin qu'elles puissent atteindre et maintenir un état de santé et de bien-être optimal.

disproportionnée par le VIH, l'hépatite virale et les IST.⁷⁻¹¹ Il existe des lacunes importantes dans le diagnostic et le traitement de l'hépatite virale et des IST, en particulier pour les populations les plus vulnérables au VIH.¹² Ces lacunes mettent en évidence les occasions manquées d'intégrer des services qui peuvent être particulièrement bénéfiques pour les populations clés. Des stratégies durables visant à améliorer les liens entre les services liés au VIH et d'autres services sont nécessaires pour maximiser l'utilisation et l'impact des ressources.

17. La connaissance de la séropositivité est inférieure à l'objectif de 95 % (tous groupes de population, sexes et âges confondus) parmi les populations clés dans de nombreux pays où ces données sont disponibles.³ La proportion médiane des communautés de populations clés qui ont récemment effectué un test de dépistage du VIH et en ont reçu les résultats est insuffisante pour que ces populations puissent bénéficier pleinement des services de prévention et de traitement combinés. Les données mondiales sur le dépistage du VIH et la sensibilisation ne sont pas toujours disponibles pour les populations clés et sont particulièrement limitées pour les personnes transgenres et les personnes qui consomment ou s'injectent des drogues. Il existe des lacunes dans l'utilisation des services dans l'ensemble du continuum des services liés au VIH parmi les populations clés.³ Les données relatives à d'autres groupes de population prioritaires, tels que les migrants, les populations autochtones et les personnes vivant dans des contextes humanitaires, ne sont souvent pas collectées ou communiquées en tant que données officielles dans des contextes spécifiques.

Femmes et personnes enceintes et allaitantes

18. On estime que 1,2 million [940 000 - 1,5 million] de femmes et de jeunes filles vivant avec le VIH sont tombées enceintes en 2022.¹³ En l'absence d'interventions efficaces, le taux de transmission verticale du VIH aux enfants pendant la période périnatale et la période d'allaitement varie de 14 % à 48 %.¹⁴
19. En 2022, on estime à 130 000 le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants dans le monde.⁵ Environ 65 000 de ces infections sont imputables au fait que les femmes vivant avec le VIH n'ont pas été diagnostiquées pendant la grossesse et n'ont pas commencé à suivre un traitement contre le VIH. Plus de 27 000 infections infantiles supplémentaires sont dues au fait que les mères ont contracté le VIH pendant la grossesse ou l'allaitement sans avoir été diagnostiquées. En outre, environ 29 000 infections chez les enfants étaient imputables à des mères ayant interrompu leur traitement pendant la grossesse ou l'allaitement et n'ayant pas subi de suppression virale. La transmission verticale du VIH peut être évitée en effectuant un test de dépistage du VIH pendant la grossesse et après l'accouchement jusqu'à la fin de l'allaitement, en instaurant un traitement et en le maintenant, et en offrant aux femmes séronégatives des choix de prévention supplémentaires dans les environnements à forte charge de morbidité.
20. Le dépistage du VIH pendant la grossesse est essentiel pour prévenir la transmission verticale, notamment pour identifier les femmes séropositives en fin de grossesse, dans le post-partum ou pendant l'allaitement. Il est nécessaire de diagnostiquer le VIH en temps utile pour mettre en place un traitement antirétroviral pour les femmes enceintes vivant avec le VIH et réduire la charge virale de la mère, diminuant ainsi le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Dans les régions à forte incidence, la PrEP peut également être proposée aux femmes et personnes enceintes et allaitantes séronégatives afin de prévenir l'acquisition du VIH par la mère et l'enfant.

Nourrissons et enfants

21. En 2022, environ 1,5 million [1,2 million - 2,1 millions] d'enfants [0-14 ans] vivaient avec le VIH, dont seulement 57 % [44-78 %] étaient sous traitement.⁵ Bien que les enfants ne représentent qu'environ 4 % des personnes vivant avec le VIH, ils contribuent à hauteur de 13 % aux décès dus au sida. En 2022, environ 40 % des nourrissons exposés au VIH dans le monde n'avaient pas subi de test de dépistage avant l'âge de deux mois,⁶ conformément aux recommandations de l'OMS,¹⁵ ce qui ne permet pas de mettre les nourrissons diagnostiqués séropositifs sous traitement le plus tôt possible. Un diagnostic précoce et un traitement rapide de l'infection à VIH chez les nourrissons sont essentiels en raison de la morbidité et de la mortalité élevées chez les nourrissons non traités au cours de leur première année de vie.
22. Le risque permanent de contracter le VIH pendant l'allaitement peut retarder la détermination finale du statut VIH au-delà de 18 mois. Toutefois, la couverture du dépistage du VIH chez les enfants de plus de 12 mois est généralement faible. Le diagnostic de l'infection à VIH chez les nourrissons et les enfants tout au long de la période d'exposition est nécessaire pour identifier tous les nourrissons et les enfants vivant avec le VIH qui ont besoin d'un traitement. En 2016, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé que, dans les milieux où la charge de l'infection à VIH est élevée, les nourrissons et les enfants dont le statut sérologique est inconnu et qui sont admis pour des soins hospitaliers, fréquentent des services tels que les cliniques de malnutrition ou présentent des conditions indicatives, soient systématiquement soumis à un test de dépistage du VIH.¹⁶ En outre, à titre de bonne pratique, les enfants biologiques d'un parent vivant avec le VIH ou susceptible d'être décédé du VIH devraient, dans tous les contextes, se voir proposer systématiquement des services de dépistage du VIH et être mis en relation avec un traitement, le cas échéant.¹⁶
23. La couverture du dépistage du VIH varie considérablement d'une région à l'autre. En 2022, la couverture du diagnostic chez les nourrissons était d'environ 83 % [69-98 %] en Afrique orientale et australe, mais de seulement 23 % [19-29 %] en Afrique occidentale et centrale. Il est essentiel que tous les enfants exposés au VIH fassent l'objet d'un test de dépistage le plus tôt possible et que ceux qui vivent avec le VIH soient mis en relation avec des services de traitement dans le cadre d'une prise en charge globale et centrée sur l'enfant.

Adolescents et jeunes

24. Dans certains contextes, les adolescents (10-19 ans) courent un risque élevé de contracter le VIH, mais leur taux de dépistage est faible.¹⁷⁻²⁰ Par exemple, en 2015-2020 dans la région Asie-Pacifique, moins de la moitié des jeunes (moins de 25 ans) des populations clés avaient effectué un test de dépistage du VIH au cours des 12 mois précédents et connaissaient le résultat de leur test.²¹ Des lacunes importantes en matière de dépistage ont également été identifiées chez les adolescentes enceintes.²²⁻²⁵

Hommes

25. En 2022, plus de 640 000 hommes (15 ans et plus) ont contracté le VIH. Parmi eux, 83 % [70-98 %] connaissaient leur statut sérologique.⁵ Cependant, dans la plupart des régions, les hommes vivant avec le VIH sont moins susceptibles de connaître leur statut que les femmes, et la couverture du traitement et les taux de suppression virale sont souvent plus faibles chez les hommes que chez les femmes.³

26. En dehors de l'Afrique subsaharienne, les épidémies de VIH sont largement concentrées dans les populations clés. Dans ce pays, les hommes représentent les deux tiers de tous les adultes séropositifs et ils sont plus de deux fois plus susceptibles que les femmes d'avoir contracté le VIH récemment.²⁶
27. Les pratiques et l'offre actuelles en matière de dépistage du VIH ne sont pas bien adaptées aux besoins des hommes.²⁷ Une combinaison de facteurs individuels et systémiques constitue un obstacle à l'accès et à l'utilisation des services de dépistage du VIH. Il s'agit notamment d'horaires ou de lieux de consultation peu pratiques (en particulier pour les hommes qui travaillent), de frais de transport et de dépenses personnelles, ainsi que des coûts d'opportunité liés à l'obtention de services (par exemple, la perte de revenus du travail).²⁷ En conséquence, de nombreux hommes n'ont pas accès au dépistage du VIH et beaucoup de ceux qui sont séropositifs ne sont pas rapidement mis en relation avec un traitement et des soins. En général, les hommes sont également moins enclins à suivre le traitement. Dans de nombreux contextes, les taux de mortalité liés au VIH sont donc plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Populations autochtones

28. Les populations autochtones sont victimes de multiples inégalités et sont touchées de manière disproportionnée par le VIH, l'hépatite virale, les IST et d'autres maladies transmissibles et non transmissibles.²⁸⁻³⁸
29. Il existe plus de 5 000 groupes de population autochtones distincts dans le monde.³⁹ Il est généralement admis que les populations autochtones ont un accès limité aux services de santé en raison de facteurs tels que l'isolement géographique, la pauvreté et la discrimination. Toutefois, les données relatives au dépistage du VIH et à l'engagement dans les soins tout au long de la cascade du VIH parmi les populations autochtones sont limitées. Les données disponibles montrent que les taux de dépistage du VIH sont faibles parmi les populations autochtones.^{31,40}
30. En général, il est difficile d'obtenir des données complètes et précises sur l'incidence du VIH parmi les populations autochtones, car très peu de pays collectent des données spécifiques aux autochtones au niveau national.⁴¹ Les lacunes dans les données de surveillance constituent un défi majeur pour l'élaboration d'interventions sanitaires et de programmes de suivi appropriés.⁴²

Autres populations prioritaires

31. Les populations prioritaires sont des groupes de personnes qui sont importantes pour la riposte au VIH parce qu'elles courent un risque accru de contracter le VIH ou sont désavantagées en tant que personnes vivant avec le VIH en raison d'un ensemble de circonstances sociétales, structurelles ou personnelles. Outre les personnes vivant avec le VIH et les populations clés définies qui sont importantes pour la riposte au VIH dans tous les contextes, les pays peuvent identifier d'autres populations prioritaires s'il existe des preuves locales claires d'un risque accru de contracter le VIH, de mourir de causes liées au sida ou de subir d'autres effets négatifs sur la santé liés au VIH. Ces populations peuvent inclure les adolescentes et les jeunes femmes et leurs partenaires masculins dans les endroits où l'incidence du VIH est élevée, les partenaires sexuels des populations clés, les personnes handicapées, les populations autochtones, les migrants et autres populations mobiles, et d'autres encore. Les travailleurs de certains

secteurs, tels que l'exploitation minière, la pêche et les transports routiers, peuvent également être plus vulnérables au VIH.

32. Les urgences humanitaires, telles que les catastrophes naturelles, les conflits et les pandémies, perturbent les systèmes de soins de santé et posent des défis uniques aux initiatives de santé publique, y compris le maintien et l'expansion des services de dépistage du VIH.⁴³ Les crises humanitaires entraînent souvent la destruction ou l'effondrement d'installations de soins de santé qui sont vitales pour la fourniture de services de dépistage. L'accès limité aux établissements de santé en raison des conflits ou de la destruction des infrastructures entrave le dépistage systématique et d'urgence du VIH, tandis que les situations d'urgence humanitaire grèvent les ressources et détournent les fonds et le personnel des programmes de dépistage du VIH. Cette situation peut entraîner une pénurie de kits de dépistage, de personnel de santé et de soutien aux personnes vivant avec le VIH. La stigmatisation associée au VIH peut s'intensifier pendant les crises humanitaires, car les normes sociales et les codes de conduite sont perturbés, ce qui dissuade les personnes de se faire dépister ou traiter par crainte de la discrimination ou de la violence.
33. Afin de maximiser l'efficacité et de mieux servir les personnes, les priorités des services de dépistage du VIH diffèrent selon que la charge de morbidité est élevée ou faible. Dans les régions à forte charge de morbidité, ces services devraient être proposés à chaque point de contact avec les services de santé dans les établissements, et des actions de sensibilisation devraient être menées auprès des populations clés, des partenaires des personnes vivant avec le VIH et sur les lieux de travail, le cas échéant, dans le cadre d'un dépistage plus large en matière de santé et de bien-être. De même, tous les partenaires des populations clés et des personnes vivant avec le VIH devraient se voir proposer un dépistage. Dans les régions où la charge de morbidité est faible, des services de dépistage devraient être systématiquement proposés dans les cliniques spécialisées dans les IST et la tuberculose et dans d'autres services médicaux pertinents, et des approches de proximité devraient être utilisées pour atteindre les populations clés et les partenaires des personnes vivant avec le VIH. Dans tous les contextes, chacun est encouragé à évaluer lui-même son risque d'infection à VIH et à savoir où trouver des services de conseil et de dépistage volontaires en cas de besoin.

Lacunes dans le dépistage des personnes vivant avec le VIH

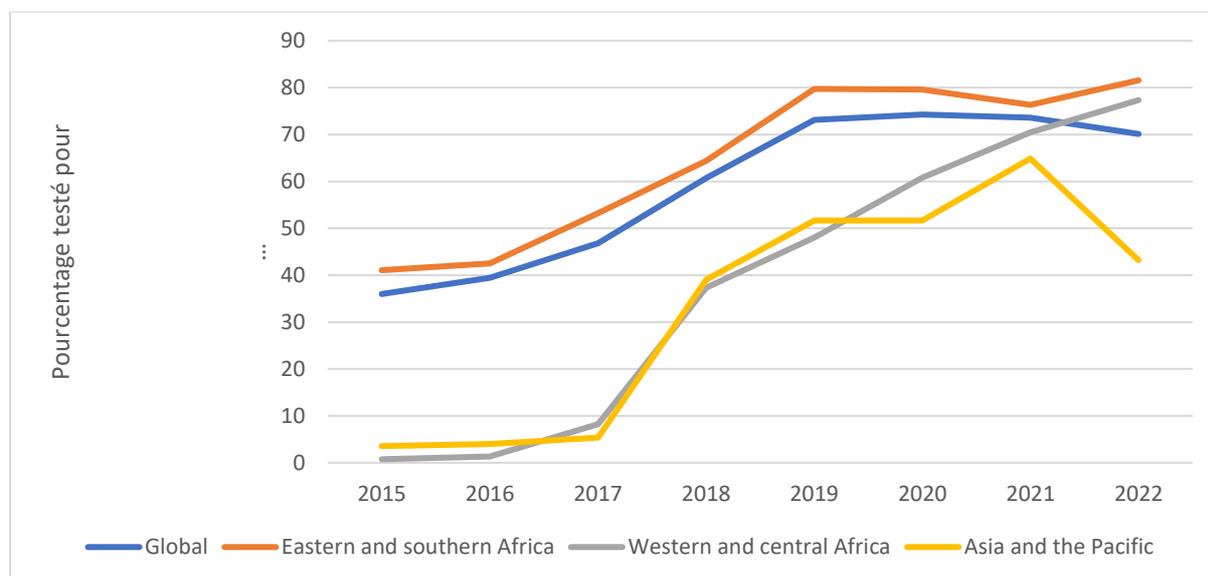
Test de charge virale

34. Le test de charge virale est un outil important pour suivre l'évolution du traitement du VIH. Bien que de grands progrès aient été réalisés dans l'élargissement de l'accès au contrôle de la charge virale, des difficultés subsistent, en particulier dans les régions qui manquent de ressources. Le coût et la complexité des tests d'acide nucléique pour le suivi de la charge virale, en particulier les tests au point d'intervention, limitent encore la disponibilité des tests dans de nombreux endroits. L'extension des tests de charge virale nécessite une coordination et une prise de décision au niveau national concernant la mise en œuvre de tests centralisés en laboratoire et/ou de tests sur le lieu de soins.⁴⁴
35. Les échantillons de plasma sont un type d'échantillon courant pour les tests de charge virale et peuvent fournir les résultats les plus sensibles.⁴⁵ Pour que les tests basés sur le plasma soient efficaces et utiles, les échantillons doivent généralement arriver au laboratoire et être traités dans les 24 heures. D'autres types d'échantillons, tels que les échantillons de taches de sang séché, sont recommandés dans les contextes où des obstacles logistiques, infrastructurels et opérationnels empêchent le contrôle systématique de la charge virale à l'aide d'échantillons de plasma. Les échantillons de

taches de sang séché sont plus stables que les échantillons de plasma et leur utilisation peut améliorer l'accès aux tests, bien qu'ils nécessitent des étapes supplémentaires de planification et de mise en œuvre dans les cliniques et les laboratoires.

36. Les résultats des tests de charge virale du VIH peuvent être une motivation pour adhérer au traitement et atteindre l'objectif ultime de réduire la charge virale à des niveaux indétectables. Les tests actuels préqualifiés par l'OMS, y compris les tests au point d'intervention et les types d'échantillons alternatifs tels que les taches de sang séché, peuvent mesurer avec précision et communiquer les résultats de la charge virale comme non supprimée (>1000 copies/ml), supprimée (détectable mais <1000 copies/ml), ou indétectable (non détectée par le test ou le type d'échantillon utilisé). Il est essentiel de mettre l'accent sur les conseils en matière d'observance et de les renforcer lors de l'initiation au TARV et tout au long du traitement, notamment en communiquant sur les avantages de la suppression de la charge virale en matière de prévention à toutes les personnes vivant avec le VIH.⁴⁵
37. La demande de tests de la charge virale peut être faible, en particulier parmi les populations clés et les autres populations prioritaires, si l'importance des tests de la charge virale et la nécessité de revenir pour des tests réguliers ne sont pas suffisamment connues. L'éducation et les stratégies dirigées par et centrées sur la communauté, y compris le recours à des agents de santé communautaires pairs, contribuent à donner aux personnes les moyens de poursuivre le traitement et le suivi.⁴⁶
38. Malgré l'importance du test de charge virale pour inciter les personnes vivant avec le VIH à atteindre et maintenir la suppression virale, l'accès au test de charge virale est insuffisant. Il existe des obstacles à l'accès et à l'utilisation des tests de charge virale, notamment les ruptures de stock de consommables pour les tests de charge virale, les retards des laboratoires, le manque de sensibilisation des prestataires de soins et des patients aux avantages des tests de charge virale, le non-respect des lignes directrices de l'OMS ou des lignes directrices nationales sur les tests de charge virale, ainsi que la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé.
39. En 2022, le contrôle systématique de la charge virale chez les adultes et les adolescents avait été mis en œuvre à l'échelle nationale dans 74 % (98 sur 133) des pays à revenu faible ou intermédiaire ayant fait l'objet d'un rapport ; parmi les autres, 51 % (18 sur 35) ont signalé une mise en œuvre dans de nombreux sites de traitement (50 à 95 %).⁴⁷
40. Toutefois, la couverture des tests de charge virale pour les adultes sous traitement antirétroviral ne s'est généralement pas améliorée (figure 1). Depuis 2015, date à laquelle les données de toutes les régions sont devenues disponibles, la couverture a globalement diminué, passant d'environ 76 % à 68 % en 2022.
41. L'accès au test de charge virale permet aux personnes recevant un traitement antirétroviral de savoir si le traitement est efficace et si leur charge virale est indétectable, afin de s'assurer qu'elles ne peuvent pas transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels. Une revue systématique de la littérature a montré que le risque de transmission sexuelle par des personnes dont la charge virale est indétectable était nul.⁴⁸ Indétectable = intransmissible (I=I) est un message important et valorisant qui peut encourager les personnes à se faire dépister et à suivre un traitement antirétroviral pour que leur charge virale reste indétectable, mais les messages sur l'I=I dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont souvent limités et peu clairs.⁴⁹⁻⁵¹

Figure 1. Estimation du pourcentage de personnes sous traitement dont la charge virale a été testée, dans le monde et dans certaines régions, 2015-2022



Percent tested for	Pourcentage testé pour
Global	Niveau mondial
Eastern and southern Africa	Afrique orientale et australe
Western and central Africa	Afrique occidentale et centrale
Asia and the Pacific	Asie et Pacifique

Test CD4

42. La numération des cellules CD4 est un indicateur de la fonction immunitaire chez les personnes vivant avec le VIH. Si le taux de CD4 est bas, une personne séropositive peut développer des infections graves dues à des virus, des bactéries ou des champignons qui ne posent généralement pas de problèmes lorsque le taux de CD4 se situe dans la fourchette normale. La mesure des taux de CD4 peut éclairer les décisions relatives à la prise en charge clinique, par exemple en proposant une prophylaxie des infections opportunistes. Cependant, les technologies de numération des CD4 au point de service sont limitées et l'échantillon pour la numération des CD4 est difficile à gérer d'un point de vue logistique.
43. La disponibilité du test CD4 est limitée dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire. Au niveau mondial, 26 pays ont adopté des politiques ou des stratégies sur le test CD4 au point de service. Le test CD4 est utilisé dans 56 pays en tant qu'outil de dépistage pour l'accès à un ensemble de soins avancés contre le VIH. Dans 110 des 118 pays pour lesquels des données sont disponibles, les tests CD4 sont utilisés pour la stadification immunologique, et 69 pays utilisent les tests CD4 de référence pour diagnostiquer les stades avancés de l'infection à VIH.⁵² L'absence de tests CD4 et

l'incapacité d'identifier les personnes atteintes d'une maladie à VIH avancée se traduisent par une morbidité et une mortalité accrues. ⁵³⁻⁵⁵

Autres tests

44. Même dans les contextes où l'accès aux tests CD4 et de charge virale est systématique, l'accès aux tests de dépistage des coïnfections, qui sont des causes majeures de morbidité et de mortalité, comme le cryptocoque et l'histoplasmosse, est limité dans de nombreux pays.
45. Parmi les autres obstacles à l'utilisation des tests de laboratoire, on peut citer les retards dans les tests, les perturbations de la chaîne d'approvisionnement, les difficultés à trouver et à conserver du personnel de laboratoire qualifié, la collecte et le transport inappropriés des échantillons (entraînant le rejet des échantillons) et la lenteur de l'obtention des résultats.⁵⁶

Intégration des diagnostics

46. Il existe des lacunes en matière de diagnostic pour plusieurs maladies, qui pourraient être comblées par une utilisation optimale des ressources existantes.⁵⁷ Les efforts d'intégration des diagnostics, tels que le partage des technologies et des ressources de laboratoire entre les maladies, devraient être fortement soutenus.
47. La COVID-19 a d'abord perturbé de nombreux services de laboratoire, les ressources ayant été déplacées pour faire face à la pandémie. Toutefois, son impact et les enseignements qui en ont été tirés ont permis d'élaborer des politiques nationales intégrées en matière de dépistage de plusieurs maladies et de rationaliser les lignes directrices, les politiques et les procédures.⁵⁸
48. Un ensemble intégré de services de dépistage du VIH comprend le diagnostic du VIH, le suivi de la charge virale, le test des CD4, le dépistage des principales coïnfections et le suivi des fonctions rénales et hépatiques afin de garantir une administration sûre du traitement antirétroviral. Les programmes de plusieurs pays ont également réussi à intégrer les services liés au VIH dans les services liés à d'autres maladies, telles que la tuberculose, l'hépatite C et la COVID-19.⁵⁹
49. Au total, 115 pays ont adopté les recommandations de l'OMS visant à proposer des interventions pour les cas de VIH avancés.
 - Sputum Xpert MTB/RIF est proposé comme premier test pour le diagnostic de la tuberculose chez les patients symptomatiques dans 27 pays.
 - Le LF-Lam urinaire est proposé dans quatre pays pour le diagnostic de la tuberculose chez les personnes présentant des symptômes, en particulier celles dont le taux de CD4 est ≤ 100 cellules/mm³ ou qui sont gravement malades.
 - Le dépistage de l'antigène cryptococcique est utilisé dans 53 pays comme une méthode cruciale pour identifier et traiter les infections cryptococciques chez les personnes atteintes du VIH à un stade avancé.
50. Le programme de triple élimination de la transmission verticale exige que les femmes enceintes soient testées pour le VIH, la syphilis et l'hépatite B, et que des interventions rapides et efficaces soient mises en place pour traiter les femmes enceintes dont le test est positif et pour prévenir la transmission de l'infection à leur enfant. Parmi les autres services, interventions et facteurs nécessaires, citons le conseil aux femmes enceintes et à leurs partenaires, l'accouchement sans risque, le suivi des nourrissons exposés, y compris l'administration de la dose de vaccin contre l'hépatite B à la naissance et

l'achèvement de la série de trois doses du vaccin contre l'hépatite B, l'alimentation optimale des nourrissons et le traitement et les soins de suivi pour les mères, les enfants et les familles.⁶⁰

Défis

Environnement juridique et normes sociales

Criminalisation

51. Les lois qui criminalisent la transmission ou la non-divulgence du VIH peuvent dissuader les personnes de se faire tester et de divulguer leur statut par crainte des conséquences juridiques. En 2023, sur les 190 pays pour lesquels des données sont disponibles, 143 pays ont déclaré que la transmission du VIH, la non-divulgence du VIH ou l'exposition au VIH faisaient l'objet d'une criminalisation ou de poursuites fondées sur des lois pénales générales.⁶¹
52. La criminalisation de certains comportements ne crée pas un environnement propice au dépistage. En 2022, 20 pays criminalisaient et/ou poursuivaient les personnes transgenres, 70 pays criminalisaient les relations sexuelles entre personnes de même sexe, 115 pays criminalisaient la possession de quantités limitées de drogues pour usage personnel et 153 pays criminalisaient tout aspect du commerce du sexe. Une étude systématique a montré que la connaissance du statut VIH chez les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH en Afrique était trois fois plus élevée dans les pays où les lois sur les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres sont les moins répressives que dans les pays où les lois sont les plus répressives.⁶²

Stigmatisation et discrimination

53. La stigmatisation anticipée du VIH (c'est-à-dire l'idée qu'une personne séronégative serait rejetée si elle contractait le VIH) et/ou la discrimination sont associées à l'évitement ou au retard de l'accès aux services de dépistage du VIH parmi diverses populations dans le monde, y compris les populations clés, les adolescents et les jeunes, les femmes et les populations migrantes.⁶³⁻⁶⁹
54. Les lois sur l'âge du consentement peuvent constituer un obstacle à l'accès des adolescents au dépistage du VIH.⁷⁰ Près des trois quarts (106) des 144 pays pour lesquels des données sont disponibles déclarent avoir des lois sur l'âge du consentement ou des politiques qui exigent le consentement des parents pour que les adolescents aient accès au dépistage du VIH.⁷¹ Dans certains pays, ces lois ne sont pas cohérentes par rapport aux lois sur l'âge du consentement concernant l'activité sexuelle. Cela signifie que les adolescents peuvent avoir légalement des relations sexuelles avant d'avoir légalement accès au dépistage du VIH et à d'autres services et informations concernant les pratiques sexuelles sûres ou la contraception, ce qui les expose à un risque accru de contracter le VIH et d'autres IST, ainsi qu'à des grossesses non désirées. Les adolescents et les jeunes des populations clés sont particulièrement touchés.
55. Les politiques relatives à l'âge minimum du consentement ne sont pas erronées dans leur principe. Toutefois, si les âges stipulés sont trop élevés, les politiques peuvent bloquer l'accès aux services de dépistage du VIH pour les adolescents qui sont sexuellement actifs et suffisamment mûrs pour prendre leurs propres décisions concernant le dépistage du VIH.

Tests obligatoires

56. Le dépistage obligatoire du VIH est une violation des droits de l'individu à la dignité, à la vie privée, au travail et à l'absence de discrimination. Cinquante-trois pays indiquent qu'ils imposent un dépistage obligatoire du VIH, par exemple pour les certificats de mariage, les voyages ou les visas, ou pour certaines professions.⁷²

Préoccupations concernant la confidentialité

57. La crainte d'une divulgation non autorisée de son statut sérologique peut dissuader de faire un test de dépistage du VIH.⁷³⁻⁷⁵

Politique et systèmes

58. Bien que les prestataires non professionnels formés puissent être utilisés pour effectuer de manière indépendante un dépistage sûr et efficace du VIH à l'aide de tests de diagnostic rapide,¹⁵ plusieurs pays limitent leur utilisation. Les données du rapport du Suivi mondial de la lutte contre le sida montrent que moins de la moitié des 166 pays concernés disposaient de prestataires non professionnels effectuant des tests de dépistage du VIH en 2022.
59. La déclaration politique de 2021 sur le VIH et le sida prévoit que les organisations communautaires doivent fournir 30 % des services de dépistage et de traitement. Plusieurs défis se dressent toutefois sur la route.
- Les organisations communautaires n'ont pas de statut juridique dans plusieurs pays ; de nombreux gouvernements ne reconnaissent pas la valeur de ces organisations dans la fourniture de services, y compris les services de dépistage du VIH ; et les mécanismes de financement des organisations sont rares.
 - Le suivi des contributions des organisations communautaires au dépistage du VIH est difficile, en raison de l'absence d'outils de mesure normalisés.²⁹ Par exemple, les enquêtes mesurant le dépistage du VIH se contentent souvent de documenter le nombre de personnes testées, mais ne reflètent pas les efforts liés à la sensibilisation et à l'action de proximité menée par les pairs pour créer une demande et mettre les personnes en contact avec les soins.²⁹
 - Le financement actuel des organisations communautaires n'est pas à la hauteur des engagements pris dans la Déclaration de Paris ou dans la Déclaration politique de 2021 sur le VIH et le sida. La plupart des fonds destinés à soutenir ces organisations proviennent de donateurs extérieurs ; les financements nationaux fiables sont insuffisants, en particulier pour les organisations qui travaillent avec des personnes appartenant à des populations clés et avec des filles et des femmes.³⁰ Bien que les contrats sociaux (par lesquels les gouvernements passent des contrats avec des organisations de la société civile pour qu'elles fournissent certains services) soient un moyen éprouvé de soutenir les organisations communautaires et de la société civile pour qu'elles fournissent des services, de nombreux pays n'utilisent pas les contrats sociaux à grande échelle en raison d'un manque de volonté politique et d'un manque de preuves et de motivation au niveau local.
60. La plupart des fonds disponibles pour le dépistage du VIH dans les pays à faible revenu proviennent de sources extérieures. La part nationale des ressources totales consacrées au dépistage du VIH en 2022 était en moyenne de 80 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et de 91 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.⁵² Toutefois, les pays à faible revenu ont compté sur un financement extérieur pour 95 % de leurs ressources destinées au dépistage du

VIH cette année-là.⁵² En outre, les sources de financement externes représentaient plus de 99 % des dépenses consacrées aux produits CD4 et de charge virale dans les pays à faible revenu.⁵² Cette situation est problématique pour de multiples raisons, notamment celles liées à la durabilité, à la prévention des ruptures de stock de tests et à l'appropriation par les pays des mesures de riposte au VIH.

61. Le caractère abordable des produits de test et les risques liés à la chaîne d'approvisionnement sont également préoccupants, car les régions où la demande de tests de dépistage du VIH est la plus forte dépendent entièrement de produits importés. Ces régions ont également une capacité limitée à produire des technologies de diagnostic. Certains pays où le fardeau du VIH est le plus lourd connaissent également des ruptures de stock de consommables pour les tests, en raison de problèmes de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement.

Obstacles supplémentaires aux tests

62. La violence basée sur le genre peut entraver le recours au dépistage, aux soins et au traitement du VIH. Les effets peuvent varier en fonction des différents contextes géographiques et épidémiques et doivent être soigneusement pris en compte lors de la promotion et de la mise en œuvre du dépistage du VIH.⁶⁷
63. Dans certains cas, la faible perception du risque de contracter le VIH a été associée à une faible demande et à un faible recours aux services de dépistage du VIH dans diverses populations au niveau mondial, notamment les populations clés, les adolescentes et les jeunes femmes, les populations incarcérées et les hommes.^{65,76-78} Toutefois, lorsque les personnes ont facilement accès au dépistage, y compris par le biais de l'autodiagnostic, le taux de participation est élevé dans toutes les populations.

Qualité des tests

64. Il est important de fournir des services de dépistage du VIH de qualité pour éviter les erreurs de diagnostic, qui peuvent avoir des conséquences graves pour les personnes et pour la santé publique en général. Les personnes qui reçoivent un diagnostic faussement positif peuvent souffrir de conséquences psychosociales et pourraient éventuellement suivre un traitement antirétroviral inutile. Les erreurs de diagnostic peuvent également miner la confiance dans le système de santé. Les faux diagnostics négatifs, quant à eux, signifient que des personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral n'en bénéficient pas et peuvent transmettre le VIH à d'autres personnes. L'absence de services de dépistage et de laboratoire de qualité limite donc l'efficacité des services de prise en charge du VIH et compromet la riposte au VIH.⁷¹

Liens limités avec d'autres services dont les personnes ont besoin

65. Les liens entre les services requis en matière de VIH et les autres services essentiels sont souvent limités. De nombreuses personnes vivant avec le VIH ou exposées au risque d'infection sont également confrontées à des problèmes liés à la santé mentale, à la santé sexuelle et reproductive (y compris l'accès à la contraception et aux services de prise en charge des IST), à la toxicomanie et à d'autres problèmes de santé, ainsi qu'à des disparités socio-économiques. L'absence d'une approche coordonnée signifie que les personnes doivent naviguer dans des systèmes fragmentés, ce qui entraîne des lacunes dans les soins, des occasions manquées d'interventions précoces et des résultats de santé sous-optimaux.

Solutions

Dépistage du VIH

Qu'est-ce qui fonctionne pour atteindre les laissés-pour-compte ?

66. Les défis décrits ci-dessus requièrent de nouvelles orientations et approches pour atteindre les personnes dont le VIH n'a pas été diagnostiqué à un stade précoce de leur infection. De nombreux pays et programmes recherchent des approches innovantes pour fournir des services de dépistage du VIH, notamment en améliorant l'accès à l'autodiagnostic, au dépistage via les réseaux sociaux et aux interventions virtuelles. Par exemple, l'Alliance pour la santé publique en Ukraine a mis en œuvre la recherche optimisée de cas, une approche qui implique la recherche active et le recrutement de réseaux sociaux à risque de personnes séropositives. Cette approche fait appel à des cliniques mobiles pour atteindre les personnes exposées au risque de contracter le VIH, ce qui permet d'augmenter le nombre de tests de dépistage parmi les populations difficiles à atteindre.

Populations clés

67. Pour atteindre les personnes dont le VIH n'a pas été diagnostiqué plus tôt après avoir contracté le virus et pour leur fournir des informations sur les avantages du dépistage, y compris le lien avec le traitement et la prévention, et la diffusion de messages sur le thème I=I tout en poursuivant la recherche scientifique, une approche multidimensionnelle est nécessaire afin de maximiser l'accès au dépistage. Les stratégies actuelles comprennent l'intégration du dépistage du VIH dans d'autres services, le dépistage en établissement, le dépistage communautaire et l'autodiagnostic du VIH (en établissement ou dans la communauté). En ce qui concerne ce dernier, les personnes dont le résultat de l'autodiagnostic du VIH est réactif doivent subir un test supplémentaire effectué par un testeur formé à cet effet et utilisant l'algorithme de dépistage national complet.
68. L'intégration des services de dépistage du VIH à d'autres services)peut créer et/ou élargir les possibilités d'offrir un dépistage du VIH et d'augmenter le nombre de personnes testées et reliées à des services de prévention ou de traitement et à d'autres programmes de santé, y compris des services de santé mentale. En Namibie, par exemple, le Fonds des Nations Unies pour la population s'est associé à des organisations de la société civile pour améliorer l'accès des populations marginalisées à des services intégrés, ce qui a permis de faire progresser la riposte au VIH dans les régions éloignées et mal desservies.
69. Les possibilités d'intégration doivent être maximisées, en particulier pour les tests et le dépistage des IST, de la tuberculose et de l'hépatite virale. Les possibilités d'intégration comprennent les services de dépistage et de traitement de l'hépatite C pour les personnes qui s'injectent des drogues, les services de prise en charge de la tuberculose pour les personnes incarcérées, et les services de prise en charge de la syphilis et des autres IST pour les professionnel(le)s du sexe, les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que les personnes transgenres et les personnes de diverses identités de genre.
70. Les services de dépistage du VIH en établissement peuvent être proposés dans des cliniques, des centres d'accueil ou des « guichets uniques ». Pour les personnes qui consomment ou s'injectent des drogues, les services peuvent être proposés sur des

sites autonomes qui offrent des services de réduction des risques tels que l'échange d'aiguilles et de seringues et la thérapie d'entretien aux agonistes opioïdes.

71. Les services communautaires de dépistage du VIH sont recommandés pour atteindre les membres des populations clés et d'autres populations prioritaires, ainsi que leurs partenaires, qui peuvent hésiter à accéder aux services en établissement ou être dans l'incapacité d'y accéder. Ces services peuvent être proposés de différentes manières et dans différents cadres et lieux. Les approches différenciées comprennent la fourniture de services de dépistage du VIH dans des lieux fixes de la communauté, y compris des sites communautaires de conseil et de dépistage volontaires ; par le biais de services mobiles de proximité dans les points névralgiques et les sites communautaires tels que les parcs, les bars, les clubs, les lieux de drague et les saunas ; et lors d'événements, dans les lieux de culte, sur les lieux de travail et dans les établissements d'enseignement, ainsi que par le biais de camionnettes mobiles. Il est important que les services communautaires destinés aux populations clés et aux autres populations prioritaires soient conçus de manière stratégique et bien ciblés, car les coûts peuvent être élevés.
72. Les services communautaires de dépistage du VIH peuvent être assurés par des prestataires non professionnels formés et par des pairs, à l'aide de tests de diagnostic rapide. Ces services peuvent être fournis seuls, en même temps que les tests et le dépistage d'autres infections telles que la tuberculose, l'hépatite virale et les IST, ou dans le cadre des services de santé maternelle et infantile et d'autres services.
73. L'autodiagnostic du VIH, qui peut être proposé dans un établissement, dans la communauté ou à domicile, peut être particulièrement efficace pour atteindre les membres des populations clés et d'autres populations prioritaires qui, autrement, ne feraient pas le test ou qui, bien qu'exposés à un risque permanent, le feraient moins souvent que recommandé. Il existe de nombreuses façons de mettre en œuvre et de distribuer des kits d'autodiagnostic parmi les populations clés et d'autres populations prioritaires, notamment par le biais de la communauté et des installations, de plateformes en ligne (par exemple, Berliner Aids-Hilfe e.V.),⁷⁹ des pharmacies et du secteur privé (par exemple, les kiosques ou les points de vente au détail), ainsi que par la distribution secondaire de kits de test par des partenaires ou d'autres contacts, et la distribution par les pairs via les réseaux sexuels ou sociaux ou les réseaux de personnes qui consomment des drogues.
74. Les approches de dépistage du VIH par les réseaux sociaux qui s'appuient sur les relations sociales, sexuelles ou de consommation de drogues des membres des populations clés peuvent accroître le dépistage parmi les partenaires sexuels et les contacts sociaux des promoteurs du dépistage. L'OMS recommande des approches basées sur les réseaux sociaux qui peuvent être proposées dans le cadre d'un ensemble de services partenaires afin d'atteindre les personnes qui bénéficieraient d'un dépistage mais qui ne l'ont pas fait dans d'autres contextes.
75. Les approches fondées sur les réseaux sociaux peuvent également augmenter le nombre de personnes qui se soumettent pour la première fois à un test de dépistage, contribuant ainsi à combler les lacunes dans la couverture du dépistage et à réduire le nombre de personnes séropositives qui ne sont pas diagnostiquées et/ou qui ne bénéficient pas d'un traitement antirétroviral.
76. Les personnes en prison et dans d'autres milieux fermés doivent également avoir accès à un ensemble complet de services de dépistage, de traitement, de soins et de prévention. Il est essentiel que les services donnent des informations précises,

obtiennent un consentement éclairé, respectent la confidentialité, veillent à ce que l'utilisation des services soit volontaire et mettent les personnes séropositives en relation avec un traitement antirétroviral.

Nourrissons et enfants, y compris le diagnostic précoce du nourrisson

77. Les tests moléculaires au point d'intervention sont essentiels pour réduire le délai de diagnostic précoce des nourrissons, mais le prix des technologies au point d'intervention constitue un obstacle. Bien que les tests sur le lieu de soins pour le diagnostic précoce des nourrissons soient plus coûteux que les tests en laboratoire, il a été démontré qu'ils étaient plus rentables que les tests de laboratoire standard comparables, notamment en raison de la rapidité accrue avec laquelle les résultats peuvent être rendus et, par conséquent, du lancement plus rapide du traitement chez les nourrissons.
78. La mise en œuvre de tests de diagnostic précoce du nourrisson dans 52 établissements de six pays (Cameroun, République démocratique du Congo, Éthiopie, Kenya, Sénégal et Zimbabwe) a permis de diagnostiquer et de commencer le jour même le traitement des nourrissons dans les établissements de santé du secteur public.^{80,81}
79. Des stratégies supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les enfants de plus de 18 mois, et des programmes communautaires et pédiatriques de liaison aux soins sont nécessaires pour garantir le dépistage et l'observance.
80. Conformément à l'Alliance mondiale pour mettre fin au sida chez les enfants,⁸² un dépistage accessible, un traitement optimisé et des soins complets pour les nourrissons, les enfants et les adolescents qui vivent avec le VIH ou y sont exposés sont tous d'une importance vitale. La mise en œuvre de solides programmes de dépistage multimodal pour trouver et relier tous les nourrissons, enfants et adolescents vivant avec le VIH est une approche importante pour ces soins. Les composantes peuvent inclure le diagnostic précoce chez le nourrisson, le test d'indexation (index testing), la recherche de cas spécifiques à une population, le test de routine en consultation externe pour les enfants dont le statut est inconnu, le test effectué par une congrégation, la sensibilisation de la communauté dans les zones géographiques où les besoins ne sont pas satisfaits, le test effectué par la communauté, l'établissement ou la famille, et l'autodiagnostic.

Hommes

81. L'intégration des services liés au VIH, y compris le dépistage, et des services de santé sexuelle et reproductive, peut contribuer à éviter les occasions manquées et à augmenter la probabilité que les hommes soient capables et désireux d'obtenir les services dont ils ont besoin.⁸³ Pour combler les lacunes des services destinés aux hommes, il faut adopter une approche globale qui améliore la prestation des services tout en réduisant les obstacles sociaux à l'accès et à l'utilisation des services.^{84,85} Les systèmes de santé dans les régions où la prévalence du VIH est élevée doivent saisir toutes les occasions d'impliquer les hommes lorsqu'ils se rendent dans les établissements de santé.
82. Les hommes ont accès à une gamme de services de santé dans les établissements cliniques. Dans les régions où la prévalence du VIH est élevée, il est important que les services proposent systématiquement un test de dépistage du VIH aux hommes. Dans tous les contextes, les hommes qui présentent des symptômes liés au VIH, à la tuberculose, à l'hépatite virale, aux IST ou à d'autres conditions indicatives devraient se voir proposer un test de dépistage du VIH.

83. Les services en établissement doivent être inclusifs, conviviaux et accessibles aux hommes, y compris ceux des populations clés et autres populations prioritaires. Pour optimiser l'accès, les établissements pourraient proposer des tests pendant des heures prolongées et les week-ends. Les hommes peuvent également accéder aux services de dépistage du VIH dans les établissements de santé par le biais du dépistage de leur partenaire, en particulier dans les régions où la prévalence du VIH est élevée et pendant la grossesse de leur partenaire.
84. Les services communautaires de dépistage du VIH sont importants car les hommes sont souvent moins enclins que les femmes à fréquenter les établissements de santé. Les approches communautaires peuvent être particulièrement utiles pour atteindre les hommes qui n'ont jamais fait de test et pour les hommes de populations clés ou ayant des partenaires de populations clés.^{86,87} Dans toutes les approches des services communautaires de dépistage du VIH, les programmes doivent soigneusement étudier et mettre en œuvre des méthodes visant à faciliter les liens avec les services de prévention et de traitement. Sans ces liens, les hommes vivant avec le VIH risquent de ne pas bénéficier d'un démarrage précoce du traitement antirétroviral.
85. L'autodiagnostic du VIH peut être particulièrement efficace pour atteindre les hommes présentant un risque permanent élevé de contracter le VIH et qui ne se feraient pas dépister autrement, comme ceux qui travaillent dans les entreprises minières, les transports et la logistique, l'armée et d'autres services en uniforme. Les résultats réactifs des autotests de dépistage du VIH doivent faire l'objet d'un test supplémentaire effectué par un testeur formé à l'aide de l'algorithme national complet de dépistage, tandis que les résultats négatifs des autotests de dépistage du VIH ne nécessitent pas de test supplémentaire. Une mobilisation ciblée de la communauté et des pairs, centrée sur l'activité (par exemple, le sport) et une sensibilisation mobile avec distribution d'autotests peuvent également faciliter le dépistage chez les hommes.
86. La distribution secondaire de kits d'autotest peut être proposée par les femmes à leurs partenaires masculins et par les membres des populations clés à leurs partenaires sexuels, car les contacts sociaux peuvent également être efficaces pour augmenter le taux de dépistage chez les hommes. Toutefois, ces approches doivent être adoptées avec prudence afin de limiter le risque de violence de la part du partenaire intime et de s'assurer que l'initiateur se sent à l'aise avec cette option. L'OMS ne recommande pas aux professionnel(le)s du sexe de distribuer l'autotest à leurs clients.
87. Les lieux de travail sont des endroits potentiels pour atteindre les hommes dans les contextes où la prévalence du VIH est élevée. Proposer des services de dépistage du VIH, y compris l'autodiagnostic, sur les lieux de travail formels et informels est une approche efficace, acceptable et réalisable pour atteindre les hommes et identifier des infections non diagnostiquées auparavant.⁸⁸
88. La collecte de données ventilées est essentielle pour orienter et suivre les efforts visant à accroître la participation des hommes aux services de prise en charge du VIH.

Adolescents et jeunes

89. Les adolescents et les jeunes sexuellement actifs dans les environnements à forte charge de morbidité peuvent bénéficier de services de dépistage du VIH fournis dans le cadre d'une prévention plus large du VIH, des IST et des grossesses non désirées, dans le cadre d'interventions et de messages relatifs à la santé sexuelle et reproductive, notamment par le biais d'une éducation sexuelle complète, et dans le cadre d'efforts ciblés pour atteindre les personnes dont l'infection à VIH n'a pas été diagnostiquée.

90. Il est important de concentrer les tests sur les adolescents et les jeunes dans les contextes où la charge de morbidité est élevée. Offrir systématiquement des services de dépistage du VIH à tous les adolescents et jeunes dans des contextes où la charge de morbidité est faible ne permettrait d'identifier que très peu d'infections à VIH et pourrait ne pas constituer un investissement efficace dans des contextes où les ressources sont limitées. Au contraire, le dépistage des adolescents et des jeunes dans les contextes où la charge du VIH est faible devrait se concentrer sur ceux qui sont plus vulnérables à l'acquisition du VIH, tels que les jeunes des populations clés. Les adolescents et les jeunes devraient avoir accès à des informations sur le VIH, les comportements à risque et les possibilités de dépistage, notamment dans le cadre d'une éducation sexuelle complète et d'une éducation à la santé sexuelle et reproductive et à la prévention du VIH, afin qu'ils puissent faire des choix éclairés en matière de dépistage.
91. Des services de dépistage en établissement ou dans la communauté peuvent être proposés aux adolescents dans le cadre des programmes de santé sexuelle et reproductive et de prévention du VIH. Dans les régions fortement touchées par le VIH, comme l'Afrique australe, ces services peuvent également faire partie des efforts de prévention du VIH, notamment les services de circoncision médicale volontaire pour les adolescents et les jeunes hommes, ainsi que les services de santé sexuelle et reproductive, de contraception et de planification familiale. Une forte prévalence du VIH a été signalée parmi les adolescentes et les jeunes femmes qui fréquentent les services de contraception en Afrique orientale et australe, mais le dépistage du VIH ne leur est souvent pas proposé de manière systématique.
92. Tous les services de dépistage du VIH destinés aux adolescents et aux jeunes, que ce soit dans les établissements de santé ou dans les communautés, doivent être adaptés aux adolescents et répondre à leurs besoins en matière de santé psychologique et physique. Les services destinés aux adolescents doivent être conçus de manière à améliorer l'accessibilité et à proposer des tests de dépistage du VIH sans jugement, sans discrimination et sans stigmatisation.
93. L'autodiagnostic du VIH s'est avéré efficace et acceptable chez les adolescents et les jeunes, y compris ceux des populations clés et d'autres populations prioritaires. Le recours à des actions de sensibilisation et de promotion ciblées, conçues et menées par des jeunes au sein des communautés, par le biais de plateformes de médias sociaux, peut améliorer l'accès à l'autodiagnostic.
94. L'abaissement de l'âge légal du consentement pourrait accroître le recours aux services de dépistage du VIH et de conseil, en particulier dans les pays dotés d'une législation plus restrictive.⁷⁰ Le dépistage du VIH chez les adolescents a été associé à une incidence plus faible de l'infection à VIH au fil du temps. Les résultats indiquent également une association plus forte entre l'abaissement de l'âge du consentement et l'augmentation du taux de dépistage du VIH chez les femmes que chez les hommes. Cela suggère que l'abaissement de l'âge légal du consentement pourrait avoir un effet plus important sur les adolescentes, qui sont plus exposées au risque de contracter le VIH que leurs pairs masculins.

Populations autochtones

95. L'établissement d'une base autochtone de données sur le VIH, y compris des données sur la diversité des genres, est nécessaire pour adapter les programmes et suivre les progrès. Les populations autochtones doivent être associées à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi de ces programmes, ainsi qu'à l'analyse et à la diffusion des résultats. Les modèles de soins de santé devraient prendre en compte les concepts

autochtones de santé et préserver et renforcer les systèmes de santé autochtones en tant que stratégie visant à améliorer l'accès aux soins de santé et la couverture de ces derniers.

Femmes enceintes et allaitantes et élimination du sida chez les enfants

96. Les services essentiels de triple élimination de la transmission mère-enfant comprennent le dépistage du VIH, de la syphilis et du virus de l'hépatite B, suivi d'interventions rapides pour traiter les femmes dont le test est positif, pour leur propre santé et pour prévenir la transmission à leurs enfants.⁶⁰ Il est important d'inclure un lien avec des programmes qui peuvent soutenir la santé mentale et physique des femmes pour garantir le droit à la santé des femmes et de leurs enfants et pour les aider à rester dans le continuum de traitement et de soins.
97. Une couverture élevée du dépistage du VIH chez les femmes et les personnes enceintes et allaitantes est essentielle pour éliminer la transmission verticale du VIH et pour garantir la santé et le bien-être des femmes et des personnes enceintes et allaitantes. Le meilleur moyen d'y parvenir est d'intégrer les services liés au VIH dans les soins prénatals et les systèmes de soins de santé primaires au sens large. Les tests de dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B devraient être proposés conjointement aux femmes enceintes dans le cadre de la triple élimination.

Autres populations et considérations générales

98. Pour les femmes et les filles dans toute leur diversité, telle que décrite dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, y compris les femmes cisgenres et transgenres, les professionnelles du sexe, les femmes qui consomment des drogues et les femmes en prison, le dépistage doit s'accompagner d'informations appropriées sur le VIH et les IST, d'un financement, d'un renforcement des capacités et d'un soutien à leurs réseaux, afin de garantir que toute personne dont le test est positif puisse bénéficier d'un soutien par les pairs.
99. Idéalement, les services de dépistage du VIH pourraient être intégrés à d'autres services de soins de santé primaires, notamment la santé maternelle et infantile, la santé sexuelle et génésique et, dans les pays prioritaires, les programmes de circoncision masculine médicale volontaire, à condition que les établissements de soins de santé primaires puissent accueillir les services intégrés.¹⁵
100. L'intégration des services peut garantir un continuum de prévention et de soins du VIH, parfois appelé approche de dépistage neutre du VIH, qui peut optimiser l'accès au traitement antirétroviral ou à la prévention combinée ainsi qu'à des soins continus coordonnés avec les autres besoins de soins primaires des personnes.¹⁵
101. La fourniture d'un test de dépistage du VIH en même temps que d'autres services de dépistage (par exemple, indice de masse corporelle, pression artérielle et glycémie) peut s'avérer efficace sur les lieux de travail formels et informels dans des contextes où la prévalence du VIH est élevée, et peut réduire la stigmatisation associée au VIH et accroître l'acceptation du test de dépistage du VIH. Proposer plusieurs tests de santé peut être approprié et acceptable, en particulier pour les personnes âgées ayant de multiples problèmes de santé et priorités.
102. La décentralisation des services de dépistage du VIH (par exemple, la fourniture de services de dépistage du VIH dans les établissements de santé périphériques tels que les établissements de soins de santé primaires et en dehors des établissements de

santé dans la communauté) est une stratégie appropriée pour atteindre les populations mal desservies et inaccessibles dans les environnements à forte et à faible prévalence.^{89,90}

103. Les prestataires de santé non professionnels qui sont formés et supervisés pour l'utilisation des tests de diagnostic rapide peuvent, de manière indépendante, fournir des services de dépistage du VIH sûrs et efficaces, tant au sein des communautés que dans les établissements de santé.

104. Dans les contextes de crise humanitaire, le déploiement de cliniques mobiles et d'équipes de proximité dans les campements de migrants et de personnes déplacées et dans les zones de transit peut faciliter l'accès aux services de dépistage du VIH. Former les prestataires de soins de santé à communiquer efficacement dans plusieurs langues et adapter les méthodes de dépistage et de conseil pour respecter les sensibilités culturelles peut améliorer l'engagement auprès des migrants. L'implication des communautés mobiles elles-mêmes dans des initiatives de sensibilisation au VIH et de dépistage peut contribuer à réduire la stigmatisation et à améliorer l'accès au dépistage.

105. L'investissement dans les activités de création de la demande devrait donner la priorité aux personnes qui sont continuellement exposées au VIH et qui ne connaissent pas leur statut sérologique. La sélection des interventions de création de la demande doit tenir compte des risques et des avantages, des facteurs spécifiques au contexte, de la faisabilité et de la durabilité, de l'appropriation par le pays et de la couverture sanitaire universelle dans tous les domaines de la maladie. La mobilisation, les messages I=I, les conseils axés sur le couple et la motivation, les interventions menées par des pairs et les incitations conditionnelles à valeur fixe sont des interventions de création de la demande à fort impact et devraient être considérées comme prioritaires dans le cadre des programmes.⁹¹

Mettre fin au sida chez les enfants et éliminer la transmission du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B de la mère à l'enfant

On estime à 1,3 million le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH dans le monde, à 1 million le nombre de femmes enceintes atteintes d'une syphilis active et à 65 millions le nombre de femmes en âge de procréer vivant avec une hépatite B chronique.

L'élimination de la transmission de la mère à l'enfant, également appelée élimination de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B, est une priorité mondiale en matière de santé. L'OMS recommande que les femmes enceintes soient testées pour le VIH, la syphilis et l'antigène de surface de l'hépatite B au moins une fois pendant la grossesse, de préférence au cours du premier trimestre.

Dans certains contextes où les ressources sont limitées, les programmes peuvent avoir besoin d'utiliser les ressources de manière stratégique pour le dépistage et le re-dépistage pendant la grossesse, en se concentrant sur les femmes dans les zones géographiques où la charge de VIH est élevée, les femmes des populations clés, les femmes qui ont des partenaires séropositifs ou membres d'une population clé, et les femmes présentant un risque élevé de VIH pour toute autre raison.

Le double test rapide VIH/syphilis peut être considéré comme le premier test dans le cadre des soins prénatals (en association avec un seul test de l'antigène de surface de l'hépatite B, lorsque l'épidémiologie le justifie), sauf pour les femmes séropositives qui reçoivent un traitement antirétroviral et pour les femmes chez qui la syphilis a déjà été diagnostiquée et traitée pendant la grossesse en cours.

106. L'innovation dans la prestation de services différenciés comprend des interventions de dépistage virtuel du VIH qui utilisent au mieux les plateformes de médias sociaux populaires et les technologies numériques et mobiles (par exemple, les SMS). Les technologies numériques peuvent également renforcer les efforts de sensibilisation. Par exemple, en Thaïlande, les campagnes numériques, les forums en ligne et les efforts de

mobilisation des médias sociaux ont servi de catalyseurs pour l'engagement du public et ont contribué à créer un environnement propice au dialogue entre les décideurs politiques, les prestataires de soins de santé et les membres de la communauté.

107. Des tests polyvalents de dépistage de plusieurs maladies sont également en cours de développement ; ils peuvent réduire les coûts en combinant des tests pour les infections. Les tests de dépistage de plusieurs maladies prévus comprennent le VIH, l'hépatite B et la syphilis (y compris pour les soins prénataux), ainsi que le VHC et la syphilis pour les personnes qui consomment ou s'injectent des drogues. Les plateformes qui peuvent également diagnostiquer les IST (par exemple, la chlamydia et la gonorrhée) seraient utiles, mais elles n'existent pas encore.

Prévention pour les personnes vivant avec le VIH

108. La suppression virale du VIH est essentielle pour améliorer la santé individuelle, prévenir la transmission sexuelle et réduire la transmission périnatale. Le test de charge virale est recommandé comme méthode de suivi privilégiée pour déterminer la réponse des personnes au traitement du VIH et pour identifier et confirmer l'échec du traitement. Les tests de charge virale sont effectués à l'aide de technologies de test d'acide nucléique et nécessitent des plateformes et des kits de test en laboratoire ou sur le lieu de soins.
109. Le suivi de la charge virale est également nécessaire pour mesurer les progrès accomplis vers le troisième « 95 » des objectifs 95-95-95 : le pourcentage de personnes sous traitement anti-VIH dont la charge virale est supprimée. Les personnes vivant avec le VIH qui ont une charge virale indétectable (selon les méthodes de dépistage approuvées par l'OMS) n'ont aucun risque de transmettre le VIH par voie sexuelle, tant qu'elles continuent à prendre leur traitement antirétroviral comme prescrit, conformément à la dernière note de politique générale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)^{vi}. C'est ce qui a donné naissance à la campagne I=I.
110. Pour toutes les personnes, y compris les femmes et personnes enceintes ou qui allaitent, un contrôle de routine de la charge virale doit être effectué dans les 6 mois suivant le début du traitement, à 12 mois, puis tous les 12 mois si la personne est sous traitement antirétroviral et que sa charge virale est indétectable. La suppression de la charge virale est une étape clé pour une personne sous traitement antirétroviral, en plus d'être sous traitement antirétroviral depuis au moins 6 mois, de n'avoir aucune maladie actuelle autre que des maladies chroniques bien contrôlées, et de bien comprendre l'adhésion au traitement tout au long de la vie.¹⁵
111. S'agissant de la charge virale, l'extension des initiatives a été couronnée de succès dans les pays de toutes les régions. Les partenariats public-privé ont permis de lever les obstacles et de renforcer les systèmes de laboratoire. Par exemple, le programme Riders for Health a créé et amélioré la chaîne d'approvisionnement et les réseaux de transport d'échantillons en Gambie, au Kenya, au Lesotho, au Malawi, au Nigeria, en Zambie et au Zimbabwe, améliorant ainsi l'accès aux soins de santé pour 14,5 millions de personnes.⁹²
112. Les informations relatives à la charge virale d'une personne ne doivent jamais être utilisées pour porter atteinte à ses droits. Les tests de charge virale doivent être complétés par des approches personnalisées et non moralisatrices pour évaluer l'adhésion au traitement, telles que l'examen des dossiers de renouvellement des

^{vi} <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055179>

médicaments, le décompte des pilules et les données autodéclarées sur la prise de pilules au cours de la semaine précédente.⁹³

113. Le dépistage du VIH et le suivi du traitement doivent être planifiés de manière globale, avec des systèmes de laboratoires publics pleinement mobilisés pour garantir la qualité des tests. Par exemple, le service national des laboratoires de santé d'Afrique du Sud a mis en place une cohorte nationale du VIH pour faciliter le dépistage, le suivi, l'évaluation et la recherche.⁹⁴ Le réseau national de laboratoires a fourni plus de 60 millions de tests CD4 et de charge virale à plus de 12 millions de patients au cours des 20 dernières années, ce qui a permis de démarrer un traitement, de mettre en place un lien avec les soins et d'offrir des services continus en matière de VIH.⁹⁴

Suppression virale du VIH et réduction de la transmission (I=I)

114. Le message I=I doit être amplifié par des partenariats continus et collaboratifs entre les personnes vivant avec le VIH, les partenaires des personnes vivant avec le VIH, les prestataires de soins de santé et d'autres parties prenantes. Les messages doivent être cohérents et clairs et communiqués efficacement à des populations diverses.⁴⁵

Test CD4 pour les cas avancés de maladie à VIH

115. L'OMS recommande d'effectuer une numération des cellules CD4 au moment du diagnostic du VIH et de l'instauration du traitement antirétroviral afin d'identifier les stades avancés de la maladie. Il existe des options de test des CD4 à la fois en laboratoire et sur le lieu de soins. En moyenne, 30 % des personnes qui commencent un traitement antirétroviral sont à un stade avancé de la maladie, bien que ce chiffre puisse être sous-estimé dans de nombreux contextes.^{93,95} Le stade avancé de la maladie à VIH est associé à une détérioration des résultats de l'hospitalisation et à une augmentation de la morbidité et de la mortalité.⁹⁶

116. Toutes les personnes atteintes d'une maladie à VIH à un stade avancé devraient bénéficier d'un ensemble d'interventions comprenant le dépistage, le traitement et/ou la prophylaxie des principales infections opportunistes, la mise en place rapide d'un traitement antirétroviral et l'intensification de l'aide à l'observance du traitement. Le dépistage d'autres infections, telles que la tuberculose, la cryptococcose et l'histoplasmosse, est un élément important d'un ensemble complet de services et peut contribuer à éviter le syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire.

117. Dans les contextes où le test de charge virale n'est pas systématiquement disponible, la numération des CD4 et le suivi clinique doivent être utilisés pour diagnostiquer l'échec du traitement. Cependant, ce test n'est pas aussi efficace que le test de charge virale pour détecter l'échec virologique.

Systèmes d'assurance qualité

118. Tous les programmes doivent mettre en place des systèmes d'assurance qualité et les développer tout en augmentant leur offre de services de dépistage. L'extension des programmes de tests rapides implique de garantir la qualité des kits de test, la formation, la supervision de soutien, les procédures de test et la surveillance après la mise sur le marché.⁹⁷ De même, les programmes de tests CD4 et de charge virale, y compris les approches de dépistage au point de service et en laboratoire, doivent également faire partie de systèmes d'assurance qualité établis afin de garantir des résultats fiables et des soins et traitements efficaces.⁹⁸

Surveillance de la résistance aux traitements contre le VIH

119. La résistance du VIH aux médicaments peut limiter l'efficacité du traitement antirétroviral dans la réduction de la morbidité et de la mortalité associées au VIH et du risque de transmission du VIH. Les tests de résistance aux médicaments nécessitent des services de laboratoire plus complexes que ceux utilisés pour le diagnostic du VIH et les tests de charge virale, et sont donc généralement effectués dans des laboratoires de référence au niveau national ou du district.
120. L'OMS recommande que les pays mettent systématiquement en place une surveillance de la résistance aux médicaments contre le VIH qui soit représentative au niveau national. La compréhension des schémas de résistance aux médicaments peut aider les programmes à optimiser les traitements antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH.⁹⁹
121. Quatre indicateurs sont couramment utilisés pour contribuer à la surveillance de la résistance aux médicaments : la couverture des tests de charge virale, les taux de suppression de la charge virale, les ruptures de stock de médicaments et les taux de passage d'un traitement antirétroviral de première ligne à un traitement de deuxième ligne. Ces indicateurs font partie des rapports du Suivi mondial de la lutte contre le sida ; les données collectées peuvent être analysées pour identifier les défis liés à la résistance aux médicaments. Il est important d'intégrer la surveillance de la résistance du VIH aux médicaments dans les programmes nationaux de résistance aux médicaments, notamment en la reliant aux programmes généraux de résistance aux antimicrobiens.

Éléments favorables

Environnement juridique et normes sociales

122. Les lois relatives à l'âge du consentement pour l'accès aux services de santé et de droits sexuels et reproductifs, y compris le dépistage du VIH, devraient servir au mieux les intérêts des adolescents qui ont besoin d'un dépistage. Le cas échéant, les pays devraient réexaminer les politiques relatives à l'âge du consentement et les réviser si nécessaire, en reconnaissant le droit des adolescents à faire des choix concernant leur propre santé et leur bien-être (en tenant compte de l'âge moyen des premiers rapports sexuels, ainsi que des différents niveaux de maturité et de compréhension des implications du test de dépistage du VIH).
123. Les pays devraient s'efforcer de mettre en œuvre et d'appliquer des politiques et des lois antidiscriminatoires, y compris des lois qui protègent les personnes ayant des relations homosexuelles ou des identités de genre non conformes.
124. Les attitudes et les comportements des professionnels de santé doivent être inclusifs et non stigmatisants. La mise en œuvre d'approches différenciées doit se faire de manière centrée sur l'individu et sans jugement, en lui permettant de prendre des décisions sur ses propres soins en toute connaissance de cause et avec soutien.

Environnement politique et considérations relatives aux programmes

Implication des communautés dans les services de dépistage du VIH

125. L'implication des communautés peut renforcer les interventions en matière de VIH et d'autres domaines de la santé, comme on l'a vu lors des réponses à la COVID-19 et à la mpox. Elle peut également contribuer à lever les obstacles sociaux et culturels au

dépistage. En Afrique du Sud, par exemple, ONU Femmes a adapté l'initiative « HeForShe » pour faciliter un changement transformationnel dans les attitudes et les comportements des hommes afin de mettre fin à la violence à l'égard des femmes et de faciliter l'accès au dépistage et au traitement du VIH parmi les hommes et les femmes.⁶⁷
[100](#)

126. Les pays devraient envisager de créer des cadres politiques et réglementaires favorables, conformes aux normes internationales en matière de droits humains, afin de soutenir un espace civique sûr, ouvert et inclusif qui permette la formation, le fonctionnement, le financement et l'implication des organisations de la société civile, y compris les organisations et réseaux dirigés par les communautés, dans la fourniture de services de dépistage du VIH (y compris l'autodiagnostic) et d'autres services. Les prestataires de santé non professionnels devraient être autorisés à fournir des services de dépistage du VIH après avoir reçu une formation. Les pays devraient également soutenir le suivi communautaire des tests et des autres services de soins de santé.
127. Les gestionnaires de programme doivent identifier les possibilités de fournir des services de dépistage par l'intermédiaire d'organisations de la société civile, d'organisations confessionnelles, d'organisations d'aide humanitaire et de membres des communautés touchées qui se font mutuellement confiance.
128. Un financement durable, un renforcement des capacités et un soutien sont nécessaires pour que les réseaux et les organisations des populations clés et prioritaires puissent participer aux services de dépistage. Les contrats sociaux doivent également être développés.
129. Des définitions communes, des indicateurs appropriés et des outils normalisés sont nécessaires pour mesurer la contribution des organisations de la société civile (y compris les organisations communautaires) à la fourniture de services de dépistage du VIH.¹⁰⁰

Améliorer l'accès à des services de dépistage du VIH durables et de qualité

130. La gestion des programmes devrait être améliorée afin d'optimiser la qualité, l'efficacité et l'efficience, y compris le rapport coût-efficacité, la logistique et la gestion des produits des services de dépistage du VIH et d'autres services, selon les besoins.
131. Les programmes de dépistage du VIH doivent examiner qui est touché par leurs services et mettre en œuvre des interventions spécifiquement conçues pour atteindre les personnes qui pourraient être oubliées. Les examens doivent également porter sur les méthodes de prestation de services et sur la question de savoir si elles répondent aux besoins des utilisateurs.
132. La participation de la communauté au contrôle de la qualité des services de dépistage, de traitement, de soins et de prévention du VIH s'est avérée utile pour améliorer la planification et la fourniture des services dans de nombreux pays.¹⁰¹ Les données provenant de contextes publics et privés, y compris les données de suivi pilotées par la communauté, devraient être collectées, analysées, diffusées et utilisées pour informer la programmation des services de dépistage du VIH. Ces informations doivent être disponibles et utilisées par les professionnels de santé, les membres de la communauté et les autres parties prenantes pour traiter les aspects cliniques et non cliniques du dépistage du VIH. Les lacunes en matière d'information doivent être identifiées et comblées par des recherches appropriées, y compris des recherches menées par la communauté. Les informations doivent être fiables et exactes.

133. Les organisations qui fournissent des services de dépistage doivent avoir un accès permanent aux produits et fournitures médicaux nécessaires à un prix abordable, et un approvisionnement régulier doit être assuré pour éviter les ruptures de stock.

Améliorer la connaissance du VIH

134. Les membres de la communauté doivent être informés de leurs droits et recevoir des informations pratiques sur les endroits où ils peuvent obtenir des services de dépistage du VIH. Pour les autotests, des conseils et des informations clairs doivent être fournis avec le kit d'autotest afin de permettre une utilisation correcte et de faciliter l'obtention d'une assistance supplémentaire, si nécessaire. L'information doit inclure la manière d'interpréter les résultats du test et l'endroit où chercher la prévention ou le test de diagnostic. Elle doit également indiquer clairement qu'un autotest non réactif est probablement négatif, mais qu'un test réactif ne constitue pas un diagnostic concluant. Les personnes dont le résultat de l'autotest est réactif doivent suivre l'algorithme national de diagnostic du VIH pour les tests de confirmation, conformément aux recommandations de l'OMS.¹⁵

Financement

135. Il convient de reconnaître plus largement le rôle essentiel des dotations budgétaires et des stratégies de financement () dans la création d'un environnement propice à la réalisation des objectifs en matière de couverture du dépistage et d'accès aux services de prévention, de soins et de traitement, ainsi qu'à l'obtention de résultats globaux en matière de santé.

136. Des ressources durables doivent être mobilisées pour la riposte au VIH, y compris pour le dépistage, et les investissements doivent répondre aux besoins des populations clés, vulnérables et prioritaires. Un financement extérieur accru est nécessaire pour assurer la durabilité et promouvoir la solidarité mondiale là où les déficits de financement ne peuvent être entièrement comblés par les ressources nationales. Dans tous les contextes, quelle que soit la part des ressources externes, des stratégies sont nécessaires pour réduire la dépendance à l'égard de ces ressources.

137. Des actions de sensibilisation et un dialogue sont nécessaires avec les principaux décideurs pour démontrer l'importance d'investir dans le dépistage du VIH et d'autres services afin d'améliorer la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le virus, et de renforcer les systèmes de santé qui contribuent à un accès équitable aux services de dépistage.

Assurance qualité

138. Des programmes tels que « Renforcer la gestion des laboratoires en vue de l'accréditation » et « Renforcer le processus d'amélioration de la qualité des laboratoires en vue de l'accréditation » fonctionnent conjointement avec les laboratoires pour améliorer la qualité des services de dépistage.¹⁰² Un réseau mondial de centres de collaboration de l'OMS apporte également son soutien aux services de diagnostic et de laboratoire liés au VIH.

Accessibilité et gestion de la chaîne d'approvisionnement

139. Il est important de comprendre la disponibilité, les lacunes et les besoins grâce à la collecte et à l'analyse de données, aux études de marché, à l'analyse des défis et à la documentation sur les meilleures pratiques afin de mieux lever les obstacles liés à la

propriété intellectuelle et les autres entraves qui affectent la disponibilité, le caractère abordable et l'accessibilité des produits de dépistage et de diagnostic du VIH et des coïnfections et comorbidités liées au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire. De meilleurs systèmes de planification, de prévision, d'achat, de stockage, de distribution et d'information sur la gestion logistique fonctionnelle sont également nécessaires pour éviter les ruptures de stock de produits de dépistage et de diagnostic et pour préserver les services de dépistage du VIH.

Rôle du secteur privé

140. Le secteur privé peut apporter sa contribution par le biais de la recherche et de l'innovation afin de rendre plus abordables les technologies de pointe, y compris les tests de diagnostic de plusieurs maladies. Le secteur privé devrait faire appel à l'expertise des communautés pour cocréer des interventions destinées aux utilisateurs finaux.
141. Les pharmacies, lorsqu'elles existent, devraient être utilisées pour diffuser des messages et distribuer des kits d'autodiagnostic du VIH, ainsi que des préservatifs, la PEP et la PrEP, le cas échéant (y compris par le biais de stratégies de marché globales).
142. Les prestataires de services privés, y compris les laboratoires et les cliniques, devraient suivre les lignes directrices nationales en matière de dépistage, partager les informations avec le secteur de la santé publique et participer activement aux systèmes nationaux d'établissement de rapports, de suivi et de surveillance de la détection rapide du VIH.

La voie à suivre

Recommandations

143. Les recommandations ci-dessous sont basées sur les preuves examinées pour cette note d'information, les lacunes identifiées, les orientations disponibles et les preuves d'approches et d'interventions réussies.

Recommandations pour le programme commun

- Promouvoir la diffusion, la vulgarisation, l'adoption locale et la mise en œuvre des orientations normatives, y compris des approches différenciées pour la fourniture de services de dépistage en fonction du profil épidémique d'un pays et de la situation locale, afin de combler les lacunes en matière de dépistage.
- Se concentrer sur la qualité des services afin d'éliminer les diagnostics erronés.
- Plaider en faveur d'un financement durable, notamment en augmentant les ressources nationales allouées aux services de dépistage du VIH, en promouvant l'inclusion du dépistage du VIH dans les services de santé essentiels à inclure dans les prestations de santé nationales, en renforçant les capacités de fourniture de services par les communautés et la solidarité internationale pour soutenir les pays à faible revenu, tout en optimisant la conception des programmes pour obtenir des gains d'efficacité.
- Plaider en faveur de services multisectoriels, complets et intégrés et d'approches différenciées qui répondent aux besoins des personnes.

- Plaider en faveur d'un environnement favorable, y compris des services exempts de stigmatisation et de discrimination et l'élimination des obstacles juridiques, politiques et de mise en œuvre liés aux exigences relatives à l'âge du consentement pour le dépistage du VIH.
- Documenter et partager les meilleures pratiques pour faire progresser les services de dépistage du VIH et des comorbidités, et pour relier la prévention ou le traitement combiné du VIH et d'autres services afin de répondre à des besoins de santé plus larges, y compris par le biais des soins de santé primaires.

Recommandations aux États membres

- Comblent les lacunes en matière de dépistage du VIH en utilisant l'épidémiologie nationale et en se concentrant sur les personnes qui sont actuellement laissées pour compte, par exemple les populations clés et d'autres populations prioritaires, en fonction du contexte national. Utiliser un ensemble d'approches différenciées centrées sur la personne, comprenant le dépistage en établissement et dans la communauté, l'autodiagnostic et le dépistage sur les réseaux sociaux, tout en permettant à des prestataires non professionnels formés d'effectuer le triage et le dépistage rapide de l'infection à VIH.
- Réviser les politiques afin d'autoriser et de soutenir les prestataires non professionnels formés, en particulier les personnes vivant avec le VIH et les membres des populations clés et autres populations prioritaires, pour la réalisation des tests de diagnostic rapide du VIH.
- Prévoir des tests pour le VIH et le suivi du traitement (test de charge virale), ainsi que pour les comorbidités (LF-LAM, test CrAG) et les stades avancés de la maladie (test CD4) de manière globale avec des systèmes de laboratoires publics pleinement mobilisés pour assurer la qualité des tests et contribuer aux réponses à d'autres situations d'urgence en matière de santé publique.
- Élargir l'objectif des programmes de dépistage au-delà de la recherche de cas de VIH (ou « rendement »). Utiliser une approche neutre du point de vue du statut VIH ; se concentrer sur les personnes exposées au risque d'infection à VIH et programmer des services de dépistage dans le cadre d'un dispositif complet comprenant des messages sur I=I, tout en poursuivant la recherche scientifique et en établissant des liens avec les services de prévention, de traitement et de soins pour le VIH et d'autres problèmes de santé.
- Le cas échéant, réexaminer les dispositions légales relatives à l'âge du consentement au dépistage du VIH afin de s'assurer qu'elles servent au mieux les intérêts des adolescents dans les différents contextes nationaux.
- Augmenter les ressources nationales allouées aux services de dépistage du VIH, en incluant le dépistage du VIH dans les services de santé essentiels à inclure dans les prestations de santé nationales, et améliorer la conception des programmes pour une plus grande efficacité.
- Rendre les technologies de santé liées aux tests plus abordables, notamment en tirant pleinement parti des flexibilités de l'Accord sur les ADPIC et en explorant les possibilités de production locale de technologies de diagnostic, y compris de tests de diagnostic rapide.
- Améliorer la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement pour les produits de dépistage dans le cadre du renforcement des systèmes de santé.
- Poursuivre les efforts pour éliminer la stigmatisation et la discrimination associées au VIH et promouvoir des approches de services dirigées et suivies par les populations

clés et d'autres populations prioritaires afin d'assurer un meilleur accès, un lien approprié et un impact durable.

- Mettre en œuvre et étendre les tests d'acide nucléique au point d'intervention pour le diagnostic précoce des nourrissons afin de contribuer à l'élimination du sida pédiatrique.
- Encourager la fourniture de services dirigés par la communauté grâce à la participation et à l'engagement significatif de la communauté et d'autres organisations de la société civile dans les services de dépistage du VIH. Envisager d'utiliser des données générées par la communauté (c'est-à-dire provenant d'un suivi mené par la communauté) en complément des données provenant des systèmes de suivi et d'évaluation afin d'éclairer la prise de décision concernant l'amélioration de la qualité des services.
- Développer les contrats sociaux pour permettre aux communautés d'exploiter pleinement leur potentiel en fournissant des services de dépistage et en contribuant à l'amélioration de la responsabilité des programmes.
- Promouvoir l'autotest comme une stratégie utile pour atteindre les personnes qui ne sont pas susceptibles de faire un test de dépistage du VIH. Pour les personnes dont le résultat de l'autotest est réactif, un test supplémentaire doit être effectué par un testeur formé à l'aide de l'algorithme de dépistage national complet.
- Promouvoir l'établissement de liens entre le dépistage du VIH et les services de traitement, de prévention et autres, y compris la prise en charge des comorbidités, des maladies non transmissibles, des IST, de l'hépatite virale et de la protection sociale, selon les besoins et de manière intégrée.
- Se concentrer sur la qualité des tests et des services de test pour éviter les diagnostics erronés.

Recommandations pour les organisations communautaires et les autres organisations de la société civile

- Participer activement à la fourniture de services de test, en comblant le fossé entre les prestataires de services et les bénéficiaires et en contribuant à l'élaboration d'approches pour la fourniture de services de test.
- Mobiliser la communauté et les bénéficiaires des services, améliorer les connaissances sur le VIH, accroître la sensibilisation et la demande de services de dépistage, y compris les messages I=I et de prévention du VIH, tout en poursuivant la recherche scientifique, et informer les personnes sur les services disponibles et les endroits où les obtenir.
- Fermer les boucles de retour d'information en cocréant et en contrôlant des solutions pour améliorer la qualité des services avec les prestataires de services et les partenaires.

Recommandations pour les donateurs, les partenaires multilatéraux et le secteur privé

- Faciliter le partage et le transfert des connaissances et soutenir le renforcement des capacités des partenaires locaux afin de mettre en place des services durables de dépistage du VIH, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et dans les environnements pauvres en ressources.

- Promouvoir l'innovation dans le domaine des technologies de la santé afin que des technologies de dépistage polyvalentes, plus abordables, plus fiables et nécessitant moins d'entretien soient disponibles et accessibles au niveau des soins de santé primaires et dans les structures communautaires.
- Exercer la solidarité internationale en faveur des pays à faible revenu afin de renforcer le savoir-faire technologique et la production de tests et de diagnostics par le biais d'engagements politiques renouvelés en faveur d'un financement durable et équitable et d'un soutien aux communautés pour qu'elles jouent un rôle clé dans la riposte mondiale au VIH et le dépistage.

References

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS strategy 2021–2026. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf
2. United Nations General Assembly. *Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030*. 2021. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). UNAIDS data 2023. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/data-book-2023_en.pdf
4. Hakim AJ, Coy K, Amos A, et al. Gaps in HIV testing and treatment among female sex workers in Lae and Mt. Hagen, Papua New Guinea. *AIDS Behav.* 2021;25(5):1573-1582. doi:10.1007/s10461-020-02997-w
5. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global HIV & AIDS statistics fact sheet 2023. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
6. World Health Organization. Epidemiological fact sheet: HIV statistics, globally and by WHO region, 2023. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/j0294-who-hiv-epi-factsheet-v7.pdf>
7. Larney S, Kopinski H, Beckwith CG, et al. Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: results of a systematic review and meta-analysis. *Hepatology.* 2013;58(4):1215-24. doi:10.1002/hep.26387

8. Falla AM, Hofstraat SHI, Duffell E, Hahne SJM, Tavoschi L, Veldhuijzen IK. Hepatitis B/C in the countries of the EU/EEA: a systematic review of the prevalence among at-risk groups. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):79. doi:10.1186/s12879-018-2988-x
9. Ahmadi Gharaei H, Fararouei M, Mirzazadeh A, et al. The global and regional prevalence of hepatitis C and B co-infections among prisoners living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Infect Dis Poverty*. 2021;10(1):93. doi:10.1186/s40249-021-00876-7
10. Jin F, Dore GJ, Matthews G, et al. Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021;6(1):39-56. doi:10.1016/S2468-1253(20)30303-4
11. Tsuboi M, Evans J, Davies EP, et al. Prevalence of syphilis among men who have sex with men: a global systematic review and meta-analysis from 2000-20. *Lancet Glob Health*. 2021;9(8):e1110-e1118. doi:10.1016/S2214-109X(21)00221-7
12. World Health Organisation. *Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021*. 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027077>
13. World Health Organization. Data on the HIV response. Accessed 1 November, 2023. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids/data-on-the-hiv-aids-response>
14. De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA*. 2000;283(9):1175-1182.
15. World Health Organization. *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. 2021. Accessed October 15, 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
16. World Health Organization. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, 2nd edition*. 2016. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549684>
17. World Health Organization. *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: Recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers*. 2013. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK217964/>
18. Kabaghe AN, Stephens R, Payne D, et al. HIV recent infection and past hiv testing history among newly HIV-diagnosed 15-24-year-olds in Malawi: An analysis of 2019-2022 HIV recent infection surveillance data. *AIDS Educ Prev*. 2023;35:4-19. doi:10.1521/aeap.2023.35.supplA.4
19. Wong VJ, Murray KR, Phelps BR, Vermund SH, McCarragher DR. Adolescents, young people, and the 90-90-90 goals: a call to improve HIV testing and linkage to treatment. *AIDS*. 2017;31 Suppl 3(Suppl 3):S191-S194. doi:10.1097/QAD.0000000000001539
20. Ajayi AI, Awopegba OE, Adeagbo OA, Ushie BA. Low coverage of HIV testing among adolescents and young adults in Nigeria: Implication for achieving the UNAIDS first 95. *PLoS One*. 2020;15(5):e0233368. doi:10.1371/journal.pone.0233368
21. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Putting young key populations first: HIV and young people from key populations in the Asia and Pacific region. 2022. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-HIV-young-people-key-populations-asia-pacific_en.pdf
22. Helleringer S. Understanding the adolescent gap in HIV testing among clients of antenatal care services in West and Central African countries. *AIDS Behav*. 2017;21(9):2760-2773. doi:10.1007/s10461-016-1577-5

23. Ajayi A, Awopegba O, Owolabi E, Ajala A. Coverage of HIV testing among pregnant women in Nigeria: progress, challenges and opportunities. *Journal of Public Health*. 2019;43(1):e77-e84.
24. Musekiwa A, Bamogo A, Shisana O, et al. Prevalence of self-reported HIV testing and associated factors among adolescent girls and young women in South Africa: Results from a 2017 nationally representative population-based HIV survey. *Public Health Pract (Oxf)*. 2021;2:100093. doi:10.1016/j.puhip.2021.100093
25. Musekiwa A, Silinda P, Bamogo A, et al. Prevalence and factors associated with self-reported HIV testing among adolescent girls and young women in Rwanda: evidence from 2019/20 Rwanda Demographic and Health Survey. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1281. doi:10.1186/s12889-022-13679-8
26. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *UNAIDS 2023 estimates*.
27. Quinn C, Kadengye DT, Johnson CC, Baggaley R, Dalal S. Who are the missing men? Characterising men who never tested for HIV from population-based surveys in six sub-Saharan African countries. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(10):e25398. doi:10.1002/jia2.25398
28. Martyn E, Eisen S, Longley N, et al. The forgotten people: Hepatitis B virus (HBV) infection as a priority for the inclusion health agenda. *Elife*. 2023;12doi:10.7554/eLife.81070
29. Bruce V, Eldredge J, Leyva Y, Mera J, English K, Page K. Hepatitis C Virus infection in Indigenous populations in the United States and Canada. *Epidemiol Rev*. 2019;41(1):158-167. doi:10.1093/epirev/mxz015
30. Gilmour B, Alene KA, Atalell KA, Clements ACA. The prevalence of HIV Infection in minority Indigenous Populations of the South-East Asia and Western Pacific Regions: A systematic review and meta-analysis. *AIDS Behav*. 2023;27(7):2226-2242. doi:10.1007/s10461-022-03954-5
31. Schnauffer ECS, Barbosa MS, Marques MFR, et al. Prevalence of HIV-1 infection and associated characteristics in a Brazilian indigenous population: a cross-sectional study. *Lancet Reg Health Am*. 2023;25:100562. doi:10.1016/j.lana.2023.100562
32. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Health. Accessed October 15, 2023. <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/mandated-areas1/health.html>
33. Russell NK, Nazar K, Del Pino S, Gonzalez MA, Díaz Bermúdez XP, Ravasi G. HIV, syphilis, and viral hepatitis among Latin American Indigenous Peoples and Afro-descendants: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43(e17)
34. Jongbloed K, Pooyak S, Sharma R, et al. Experiences of the HIV cascade of care among Indigenous peoples: a systematic review. *AIDS Behav*. 2019;23(4):984-1003. doi:10.1007/s10461-018-2372-2
35. Lydon-Hassen K, Jonah L, Mayotte L, et al. Summary findings from Tracks surveys implemented by First Nations in Saskatchewan and Alberta, Canada, 2018-2020. *Can Commun Dis Rep*. 2022;48(4):146-156. doi:10.14745/ccdr.v48i04a05
36. Benzaken AS, Sabido M, Brito I, et al. HIV and syphilis in the context of community vulnerability among indigenous people in the Brazilian Amazon. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):92. doi:10.1186/s12939-017-0589-8
37. Ormaeche M, Whittembury A, Pun M, Suarez-Ognio L. Hepatitis B virus, syphilis, and HIV seroprevalence in pregnant women and their male partners from six indigenous populations of the Peruvian Amazon Basin, 2007-2008. *Int J Infect Dis*. 2012;16(10):e724-30. doi:10.1016/j.ijid.2012.05.1032

38. Pereira GFM, Pimenta MC, Giozza SP, Caruso AR, Bastos FI, Guimaraes MDC. HIV/AIDS, STIs and viral hepatitis in Brazil: epidemiological trends. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22Suppl 1(Suppl 1):e190001. doi:10.1590/1980-549720190001.supl.1
39. United Nations. Indigenous Peoples. <https://www.un.org/en/fight-racism/vulnerable-groups/indigenous-peoples>
40. Negin J, Aspin C, Gadsden T, Reading C. HIV among Indigenous peoples: A review of the literature on HIV-related behaviour since the beginning of the epidemic. *AIDS and Behavior*. 2015;19(9):1720-1734.
41. Minichiello V, Rahman S, Hussain R. Epidemiology of sexually transmitted infections in global indigenous populations: data availability and gaps. *Int J STD AIDS*. 2013;24(10):759-68. doi:10.1177/0956462413481526
42. Braley E, Hendry J, Braley M, et al. Experiences of HIV among global Indigenous populations through the lens of the UN Declaration on the Rights of Indigenous Peoples. *Lancet HIV*. 2023;10(8):e543-e551. doi:10.1016/S2352-3018(23)00106-6
43. UNAIDS Inter-Agency Standing Committee. *Guidelines for addressing HIV in humanitarian settings*. 2010. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1767_iasc_doc_en_3.pdf
44. Roberts T, Cohn J, Bonner K, Hargreaves S. Scale-up of routine viral load testing in resource-poor settings: Current and future implementation challenges. *Clinical Infectious Diseases*. 2016;62(8):1043-1048. doi:10.1093/cid/ciw001
45. World Health Organization. *The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: Policy Brief*. 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055179>
46. Lubega P, Nalugya JS, Kimuli NA, et al. Adherence to viral load testing guidelines, barriers, and associated factors among persons living with HIV on ART in south-western Uganda: a mixed-methods study. *BMC Public Health*. 2022;22(1)doi:10.1186/s12889-022-13674-z
47. World Health Organization. WHO HIV policy adoption and implementation status in countries, 2023. World Health Organization,. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/who-hiv-policy-adoption-in-countries_2023.pdf?sfvrsn=e2720212_1
48. Broyles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov L. The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. *Lancet*. 2023;402(10400):464-471. doi:10.1016/S0140-6736(23)00877-2
49. Rendina HJ, Cienfuegos-Szalay J, Talan A, Jones SS, Jimenez RH. Growing acceptability of Undetectable = Untransmittable but widespread misunderstanding of transmission risk: Findings From a very large sample of sexual minority men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;83(3):215-222. doi:10.1097/QAI.0000000000002239
50. The Lancet HIV. U=U taking off in 2017. *The Lancet HIV*. 2017;4(11):e475. doi:10.1016/s2352-3018(17)30183-2
51. Smith P, Davey JD, Schmucker L, et al. The cost and intermediate cost-effectiveness of delivering U=U messaging to increase HIV testing among South African. presented at: International AIDS Society; 2023; Brisbane.
52. UNAIDS. Global AIDS monitoring report 2023. 2023;
53. Ngongo MN, Nani-Tuma SH, Mambimbi MM, et al. Progressive phasing out of baseline CD4+ cell count testing for people living with HIV in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *AIDS*. 2021;35(5):841-843. doi:10.1097/QAD.0000000000002802

54. Zaniewski E, Ostinelli DHC, Chammartin F, et al. Trends in CD4 and viral load testing 2005 to 2018: multi-cohort study of people living with HIV in Southern Africa. *Journal of the International AIDS Society*. 2020;23(7)doi:10.1002/jia2.25546
55. Nasuuna E, Tenforde WM, Muganzi A, Jarvis NJ, Manabe CY, Kigozi J. Reduction in baseline CD4 count testing following human immunodeficiency virus “treat all” adoption in Uganda. *Clinical Infectious Diseases*. 2020;doi:10.1093/cid/ciaa261
56. Fonjungo PN, Lecher S, Zeh C, et al. Progress in scale up of HIV viral load testing in select sub-Saharan African countries 2016–2018. *PLOS ONE*. 2023;18(3):e0282652. doi:10.1371/journal.pone.0282652
57. World Health Organization. molecular diagnostics integration global meeting report. 2019. Accessed October 15, 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240002135>
58. Alemnji G, Moshia F, Maggiore P, et al. Building integrated testing programs for infectious diseases. *The Journal of Infectious Diseases*. 2023. doi:10.1093/infdis/jiad103
59. World Health Organisation. *Considerations for adoption and use of multidisease testing devices in integrated laboratory networks: information note*. 2017. <https://iris.who.int/handle/10665/255693>
60. World Health Organization. *Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022–2030*. 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360348/9789240053779-eng.pdf?sequence=1>
61. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023*. 2023. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2023-unaids-global-aids-update_en.pdf
62. Stannah J, Dale E, Elmes J, et al. HIV testing and engagement with the HIV treatment cascade among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2019;6(11):e769-e787. doi:10.1016/S2352-3018(19)30239-5
63. Gamarel KE, Nelson KM, Stephenson R, et al. Anticipated HIV Stigma and delays in regular HIV Testing behaviors among sexually-active young gay, bisexual, and other men who have sex with men and transgender women. *AIDS Behav*. 2018;22(2):522-530. doi:10.1007/s10461-017-2005-1
64. Golub SA, Gamarel KE. The impact of anticipated HIV stigma on delays in HIV testing behaviors: findings from a community-based sample of men who have sex with men and transgender women in New York City. *AIDS Patient Care STDS*. 2013;27(11):621-7. doi:10.1089/apc.2013.0245
65. Owusu MW, Krankowska DC, Lourida P, Weis N. Late HIV diagnosis among migrant women living in Europe - a systematic review of barriers to HIV testing. *IJID Reg*. 2023;7:206-215. doi:10.1016/j.ijregi.2023.03.006
66. Khan M, MacEntee K, Kiptui R, et al. Barriers to and facilitators of accessing HIV services for street-involved youth in Canada and Kenya. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1901. doi:10.1186/s12889-022-14290-7
67. D'Anna LH, Chang K. Healthcare discrimination, anticipated HIV stigma, and income as predictors of HIV testing among a community sample of YBMSM. *AIDS Care*. 2023;1-8. doi:10.1080/09540121.2023.2240068
68. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Evidence for eliminating HIV-related stigma and discrimination*,. 2020. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf

69. Sullivan MC, Rosen AO, Allen A, et al. Falling Short of the First 90: HIV stigma and HIV testing research in the 90-90-90 era. *AIDS Behav.* 2020;24(2):357-362. doi:10.1007/s10461-019-02771-7
70. McKinnon B, Vandermorris A. National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity-score matched study. *Bull World Health Organ.* 2019;97(1):42-50. doi:10.2471/BLT.18.212993
71. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Laws and Policies Analytics; Laws requiring parental consent for adolescents to access HIV testing. <https://lawsandpolicies.unaids.org/topicresult?i=1308&lan=en>
72. UNAIDS. Zero discrimination day 2023. Accessed October 15, 2023, <https://www.unaids.org/en/2023-zero-discrimination-day>
73. Musheke M, Ntalasha H, Gari S, et al. A systematic review of qualitative findings on factors enabling and deterring uptake of HIV testing in Sub-Saharan Africa. *BMC Public Health.* 2013;13:220. doi:10.1186/1471-2458-13-220
74. Laprise C, Bolster-Foucault C. Understanding barriers and facilitators to HIV testing in Canada from 2009-2019: A systematic mixed studies review. *Can Commun Dis Rep.* 2021;47(2):105-125. doi:10.14745/ccdr.v47i02a03
75. UNAIDS. AIDSinfo. <https://aidsinfo.unaids.org/>
76. Maughan-Brown B, Venkataramani AS. Accuracy and determinants of perceived HIV risk among young women in South Africa. *BMC Public Health.* 2018;18(1)doi:10.1186/s12889-017-4593-0
77. McDougall GJ, Jr., Dalmida SG, Foster PP, Burrage J. Barriers and facilitators to HIV testing among women. *HIV/AIDS Res Treat.* 2016;2016(SE1):S9-S13.
78. Bogart LM, Kgotlaetsile K, Phaladze N, Mosepele M. HIV self-testing may overcome stigma and other barriers to HIV testing among higher-socioeconomic status men in Botswana: A qualitative study. *Afr J AIDS Res.* 2021;20(4):297-306. doi:10.2989/16085906.2021.2000450
79. Berliner Aids-Hilfe e.V. HIV STI Testing Center. <https://www.berlin-aidshilfe.de/angebote/test-angebote/>
80. Boeke CE, Joseph J, Wang M, et al. Point-of-care testing can achieve same-day diagnosis for infants and rapid ART initiation: results from government programmes across six African countries. *J Int AIDS Soc.* 2021;24(3):e25677. doi:10.1002/jia2.25677
81. Roux LMS, Odayar J, Sutcliffe GC, et al. Cost-effectiveness of point-of-care versus centralised, laboratory-based nucleic acid testing for diagnosis of HIV in infants: a systematic review of modelling studies. *The Lancet HIV.* 2023;10(5):e320-e331. doi:10.1016/S2352-3018(23)00029-2
82. UNAIDS, Organization WH, UNICEF. *The Global Alliance to End AIDS in Children.* Accessed October 15, 2023. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-alliance-end-AIDS-in-children_en.pdf
83. Monod M, Brizzi A, Galiwango RM, et al. Growing gender disparity in HIV infection in Africa: sources and policy implications. *medRxiv.* 2023;doi:10.1101/2023.03.16.23287351
84. UNAIDS. *Dangerous inequalities.* 2022. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/dangerous-inequalities>
85. UNAIDS. *Dangerous inequalities.* <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/dangerous-inequalities>

86. Jommaroeng R CW. Community-led comprehensive HIV facility for men who have sex with men and transgender women: A case study of Rainbow Sky Association of Thailand. *Thai Journal of Public Health*. 2021;51(2):159-169.
87. Abubakari GM, Turner D, Ni Z, et al. Community-based interventions as opportunities to increase HIV self-testing and linkage to care among men who have sex with men - lessons from Ghana, West Africa. *Front Public Health*. 2021;9:660256. doi:10.3389/fpubh.2021.660256
88. World Health Organisation. *HIV self-testing at workplaces: Approaches to implementation and sustainable financing*. 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354358/9789240040632-eng.pdf?sequence=1>
89. Ossomba J, Ngangue P, Ekani ASO, Kamgain ET. De-medicalized and decentralized HIV testing: a strategy to test hard-to-reach men who have sex with men in Cameroon. *Front Public Health*. 2023;11:1180813. doi:10.3389/fpubh.2023.1180813
90. Mnzava D, Okuma J, Ndege R, et al. Decentralization of viral load testing to improve HIV care and treatment cascade in rural Tanzania: observational study from the Kilombero and Ulunga Antiretroviral Cohort. *BMC Infect Dis*. 2023;23(1):222. doi:10.1186/s12879-023-08155-6
91. Wagner AD, Njuguna IN, Neary J, et al. Demand creation for HIV testing services: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*. 2023;20(3):e1004169. doi:10.1371/journal.pmed.1004169
92. Organization WH. *Updated recommendations on service delivery for the treatment and care of people living with HIV*. 2021. Accessed October 15, 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240023581>
93. Carmona S, Bor J, Nattey C, et al. Persistent high burden of advanced HIV disease among patients seeking care in South Africa's national HIV programme: data from a nationwide laboratory cohort. *Clinical Infectious Diseases*. 2018;66(suppl_2):S111-S117. doi:10.1093/cid/ciy045
94. Macleod WB, Bor J, Candy S, et al. Cohort profile: the South African National Health Laboratory Service (NHLS) National HIV Cohort. *BMJ Open*. 2022;12(10):e066671. doi:10.1136/bmjopen-2022-066671
95. Anderegg N, Panayidou K, Abo Y, et al. Global trends in CD4 cell count at the start of antiretroviral therapy: Collaborative study of treatment programs. *Clinical Infectious Diseases*. 2018;66(6):893-903. doi:10.1093/cid/cix915
96. Ford N, Patten G, Rangaraj A, Davies M-A, Meintjes G, Ellman T. Outcomes of people living with HIV after hospital discharge: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet HIV*. 2022;9(3):e150-e159. doi:10.1016/S2352-3018(21)00329-5
97. Parekh SB, Kalou BM, Alemnji G, Ou C-Y, Gershy-Damet G-M, Nkengasong NJ. Scaling up HIV rapid testing in developing countries. *American Journal of Clinical Pathology*. 2010;134(4):573-584. doi:10.1309/AJCPTDIMFR00IKYX
98. Meyers AFA, Sandstrom P, Denny TN, et al. Quality assurance for HIV point-of-care testing and treatment monitoring assays. *African Journal of Laboratory Medicine*. 2016;5(2)doi:10.4102/ajlm.v5i2.557
99. World Health Organisation. *HIV drug resistance report 2021*. 2021. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349340/9789240038608-eng.pdf?sequence=1>
100. Leddy AM, Weiss E, Yam E, Pulerwitz J. Gender-based violence and engagement in biomedical HIV prevention, care and treatment: a scoping review. *BMC Public Health*. 2019;19(1):897. doi:10.1186/s12889-019-7192-4

101. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Community-led monitoring in action: emerging evidence and good practice*. 2022.
https://unaid.org/sites/default/files/media_asset/JC3085E_community-led-monitoring-in-action_en.pdf
102. Yao K, Maruta T, Luman ET, Nkengasong JN. The SLMTA programme: Transforming the laboratory landscape in developing countries. *African Journal of Laboratory Medicine*. 2014;3(2)doi:10.4102/ajlm.v3i2.194

[Fin du document]